FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 61

DES TUMEURS CÉRÉBRALES A FORME PSYCHOPARALYTIQUE

(ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules CHABARDES

Né le 9 février 1883, à Béziers (Hérault),

Élève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1906

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 61

DES

TUMEURS CÉRÉBRALES

A FORME PSYCHOPARALYTIQUE

(ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules CHABARDES

Né le 9 février 1883, à Béziers (Hérault),
Élève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—

Décembre 1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . DOYEN.
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE, BONDET
Cliniques chirurgicales	BARD, PONCET, JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	GUIART.
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	TEISSIER
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET
Anatomie pathologique	TRIPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	SOULIER
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS, agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX. —
Thérapeutique générale	COLLET —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD
Anatomie topographique	ANCEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE.	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch. .
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	PLAUCHU Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BÉRARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, *Président*; LANNOIS, *Assesseur*;
MM. SAMBUC et COURMONT (P.) *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, Le Docteur CHABARDÈS

Dont les sages conseils et les constants sacrifices m'ont permis de mener à bien mes études, je dédie ce premier travail, faible gage d'affection et de gratitude.

A MA MÈRE

Ma reconnaissance et mon attachement filial ne pourront jamais assez la dédommager de sa profonde tendresse et de son extrême sollicitude.

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A mon Oncle
Le Capitaine DE LA PIQUELIÈRE
Chevalier de la Légion d'honneur.
ET A SA FAMILLE

A MON ONCLE PETIT
Ingénieur des Arts et Manufactures,
Inspecteur principal à la Compagnie du Midi.
ET A SA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A Mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

Professeur de Clinique médicale,
Membre correspondant de l'Institut,
Associé de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LANNOIS

Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs du cerveau occupe aujourd'hui un long chapitre de pathologie cérébrale ; en raison de leur localisation variable, de leur structure histologique diverse, des réactions cellulaires qu'elles produisent autour d'elles, elles donnent lieu à des symptômes nombreux et différents suivant les cas.

Aussi offrent-elles, à considérer au point de vue clinique, plusieurs formes spéciales suivant le caractère de leur évolution, suivant la présence ou la prédominance de tel ou tel symptôme.

Dans notre travail, nous nous proposons d'envisager une forme spéciale de tumeur cérébrale : la *forme psychoparalytique*. Décrite pour la première fois en 1900 par Brault et Lœper avec trois observations à l'appui, cette forme a été retrouvée depuis par quelques autres auteurs et en particulier par plusieurs auteurs lyonnais.

C'est en fréquentant, il y a deux ans, le service de M. le professeur agrégé Lannois, que la pathologie nerveuse a commencé à nous intéresser. Au milieu des cas curieux et variés présentés par ce professeur, se trouvait alors une malade atteinte de troubles mentaux et de troubles paralytiques et pour laquelle le diagnostic de tumeur cérébrale à forme psycho paralytique fut porté.

Nous avons étudié particulièrement ce cas, et c'est ainsi qu'avec l'assentiment et les conseils de M. Lan-

nois, nous nous sommes proposé d'en faire le sujet de notre thèse.

Cette question nous a d'autant plus intéressé par la suite, qu'elle nous rappelle, par les publications antérieures qui s'y rattachent, le nom de plusieurs de nos maîtres lyonnais dont les leçons ont contribué à nous guider dans nos études médicales.

Le but de notre travail est de réunir en une même monographie les observations éparses, dans la littérature médicale, de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique et décrites comme telles, d'y ajouter quatre cas recueillis dans le service de M. Lannois; puis, nous essayerons de tirer de leur étude les indications cliniques et pathogéniques qu'elles nous paraissent contenir.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

I. — Un chapitre *d'historique* nécessaire à la mise au point de la question.

II. — Un chapitre *symptomatologique* accompagné de la publication *des observations* trouvées dans la littérature médicale ou recueillies dans le service de M. Lannois.

III. — Un chapitre réservé au *diagnostic différentiel* où nous passerons en revue les maladies qui, surtout par leurs troubles mentaux, peuvent simuler, du moins au début, cette forme particulière de tumeur cérébrale.

IV. — Un chapitre *d'anatomie pathologique*.

V. — Nous terminerons par un résumé *des explications pathogéniques* données actuellement par les auteurs au sujet des troubles mentaux dans les tumeurs du cerveau.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous tenons à remercier tous ceux qui se sont intéressés à nous durant le cours de nos études.

Nos pensées iront d'abord à nos anciens maîtres de l'École de médecine navale de Toulon ; les premiers, ils nous firent connaître et aimer les études médicales.

A Lyon, pendant nos trois années d'école, nos maîtres militaires nous ont toujours témoigné de la bienveillance : nous garderons d'eux le meilleur souvenir.

M. le médecin-major Boisson a surtout droit à notre reconnaissance pour les soins dévoués qu'il nous a prodigués en maintes circonstances.

M. le Professeur agrégé Lannois nous a toujours réservé l'accueil le plus sympathique. Par son enseignement intéressant, il nous a initié à l'étude de la pathologie nerveuse et nous a inspiré le sujet de cette thèse ; c'est grâce à ses conseils que nous avons pu mener à bien notre travail. Nous le prions d'accepter nos remerciements et de croire à notre très vive reconnaissance.

M. le Professeur Lépine a bien voulu nous confier une observation relative à notre sujet : il nous fait le grand honneur de présider notre thèse aujourd'hui ; qu'il veuille bien agréer nos hommages les plus respectueux.

Merci enfin aux quelques camarades qui, par leur amitié, nous ont rendu moins pénibles nos trois années d'école.

Lyon, le 22 décembre 1906.

J. C.

DES
TUMEURS CÉRÉBRALES
A FORME PSYCHOPARALYTIQUE
(ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE)

I

HISTORIQUE

Dans une publication datant de 1900, faite dans les *Archives générales de médecine*, Brault et Lœper (14[1]) faisaient observer que, dans certains cas, certaines tumeurs cérébrales avaient une évolution et une forme spéciales. Caractérisées au début par la prédominance de phénomènes psychiques, qui, souvent, étaient les seuls symptômes apparents pouvant faire croire ainsi à une véritable démence, ces tumeurs s'accompagnaient, par la suite, du symptôme paralysie. Deux ordres de symptômes donc étaient surtout à considérer : les troubles mentaux d'abord, les troubles paralytiques ensuite, d'où la naissance d'un véritable syndrome, *le syndrome psychoparalytique*, donnant lieu à une forme spéciale de tumeur cérébrale, *la*

[1] Les numéros entre parenthèses correspondent à un numéro identique de l'index bibliographique.

forme psychoparalytique. Les autres symptômes (symptômes communs aux tumeurs cérébrales, céphalée, vomissements, etc.) passaient au second plan. Ces auteurs présentaient alors trois observations personnelles, caractéristiques sous ce rapport, avec tableau clinique détaillé, autopsie et examen histologique. Ces trois observations, nous les résumons plus loin, au chapitre consacré aux observations.

En même temps, étudiant plusieurs observations parues antérieurement, ils remarquaient que ce syndrome psychoparalytique n'était point très rare et ils citaient diverses observations de différents auteurs réunies par eux et qui correspondaient, elles aussi, à la description qu'ils donnaient.

« Outre les cas relatés dans les thèses de Peitavy (63)
« et Auvray (3), disaient-ils dans leur étude, Vermorel
« et Marie (78) ont observé, dans le service de M. Cor-
« nil, une jeune femme de vingt-huit ans, atteinte,
« depuis dix-huit mois, de faiblesse de la vue et de
« parésie du côté droit. Elle présentait, à certains mo-
« ments, une excitation cérébrale et une activité
« désordonnée. Dans d'autres, elle était plongée dans
« une profonde torpeur, comme hébétée. Graduelle-
« ment, le côté droit se paralyse complètement et l'état
« intellectuel se trouble de plus en plus. L'autopsie
« démontra l'existence d'une tumeur adhérente à la
« pie-mère, au niveau des circonvolutions frontales et
« pariétales de l'hémisphère gauche.

« L'observation de Pel (62) est aussi un bel exem-
« ple de ce genre. Il s'agit d'une femme de quarante-
« sept ans, chez laquelle sont survenus très lentement

« des phénomènes paralytiques, d'abord des doigts de
« la main droite et de l'avant-bras ; enfin, un peu plus
« tard, du membre inférieur. On notait encore de l'af-
« faiblissement de l'intelligence et de la mémoire. Les
« attaques épileptiformes apparurent alors répétées et
« l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence
« allèrent grandissant. Il n'y avait ni céphalée, ni
« lésion papillaire, ni vomissements, ni vertiges.

« Devic et Courmont (24) ont rapporté l'observation
« d'un gliome de la région frontale gauche, avec trou-
« bles mentaux, idées de suicide, altération de la mé-
« moire, hémiplégie gauche s'accentuant petit à petit
« et ont insisté sur l'association des troubles psy-
« chiques et paralytiques (nous mentionnons cette
« observation dans un autre chapitre). Ils citent les
« cas de Seavik (71), de Raymond (65), de Beevor (9),
« dans lesquels dominent la démence, l'amnésie, les
« hallucinations, l'affaiblissement intellectuel, en un
« mot, associés à l'hémiplégie ou à l'hémiparésie pro-
« voqués par des tumeurs de localisation corticale
« variable, mais toutes destructives et pénétrantes.

« Taylor (75) rapporte même une observation de
« gliome de la première frontale, tumeur à forme neu-
« rasthénique, délirante et démente. Enfin Touche (77)
« présenta à la Société anatomique, en octobre 1899,
« une tumeur sarcomateuse ayant refoulé la deuxième
« circonvolution pariétale sans la détruire et s'étant
« traduite cliniquement par de la torpeur cérébrale, des
« crises d'émotivité, une hémiplégie droite, exagéra-
« tion bilatérale des réflexes. La mort succéda au coma
« et à l'hyperthermie. »

A ces observations citées par Brault et Lœper, nous ajouterons un cas de M. le professeur Lépine, publié en 1895, dans la *Revue de médecine* (50), cas que nous rapportons plus loin en détail.

Toutes ces observations sont caractéristiques : elles ont toutes comme fait prédominant la présence de troubles mentaux considérables, parfois même exclusifs, accompagnés plus ou moins tardivement de phénomènes paralytiques.

Du reste, les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales sont fréquents. Ball et Krishaber (5), dans leur article « Cerveau » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, donnent une statistique où ils les trouvent dans 50 pour 100 des cas. Longtemps avant la publication de Brault et Lœper, ils avaient été étudiés et décrits par de nombreux auteurs.

« Le symptôme psychique spécifique dans les « tumeurs cérébrales, dit Ludovic Bruns (16), c'est « l'obnubilation, l'obtusion intellectuelle ; à ce sym- « ptôme peuvent irrégulièrement s'ajouter ou se sub- « stituer, la mélancolie, le plus souvent l'excitation « maniaque, le délire hallucinatoire avec confusion « mentale. L'obtusion intellectuelle est sous la dépen- « dance de l'hydrocéphalie. Les troubles accessoires « d'excitation ou de délire ne surviennent que chez des « sujets prédisposés, dont l'hérédité est chargée et « chez lesquels la tumeur cérébrale joue le rôle d'agent « provocateur. Souvent, ajoute Bruns, les signes psy- « chiques devancent les signes rationnels de la tumeur, « de sorte que beaucoup de ces malades sont admis « dans les asiles d'aliénés. » Cette dernière remarque

n'est-elle justement pas particulière à la forme qui nous occupe ? »

Le professeur Brissaud (15) et le professeur Raymond (65) ont souvent insisté sur les troubles mentaux si fréquents dans les tumeurs cérébrales.

M. Brissaud établit une corrélation entre la céphalée symptôme capital des tumeurs cérébrales et l'affaiblissement intellectuel. Cet état de déchéance qui est sous la dépendance de la douleur est aussi fréquent que celle-ci ; il existe, dans presque tous les cas, à un moment donné de l'évolution de la tumeur. C'est un engourdissement de l'intelligence, ce n'est plus à proprement parler une altération des facultés intellectuelles. A ce premier phénomène peuvent ou non se surajouter de véritables altérations partielles ou totales; pertes variables de la mémoire, diminution de l'intelligence, état démentiel réel, bien différent de l'état démentiel apparent sigalé au début, et qui, lui, survit à la céphalée. Suivant qu'ils font allusion à l'état démentiel apparent, ou à l'état démentiel réel, les auteurs considèrent comme constants ou seulement comme fréquents, les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales.

Enfin, comme travail important sur la question des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales, il faut mentionner celui de Schuster (70), paru en 1902, et dans lequel se trouvent réunis 775 cas de tumeurs cérébrales avec troubles psychiques.

L'auteur estime que 50 à 60 pour 100 des tumeurs cérébrales s'accompagnent de troubles psychiques et que ceux-ci sont extrêmement variés comme forme et comme date d'apparition.

En première ligne se place l'affaiblissement intellectuel apparent ou réel ; en deuxième ligne, de vagues états psychiques avec hallucinations et troubles délirants ; plus rarement, on observe des psychoses systématisées ; ces troubles peuvent se montrer à toutes les périodes de l'évolution de la maladie.

En collectionnant les observations avec autopsie, Schuster s'est surtout attaché à rechercher si le siège de la tumeur ne joue pas un rôle important dans la détermination de l'allure clinique des troubles cérébraux. Il a dressé dans ce sens une statistique très complète que nous reproduisons au chapitre « Pathogénie » qui montre qu'au point de vue localisation les troubles mentaux ne donnent rien de précis et servent peu au diagnostic.

En février 1903, l'étude de l'état mental dans les tumeurs cérébrales a fait le sujet d'une revue critique publiée par M. A. Vigouroux (80) dans la *Revue de Psychiatrie*. M. Vigouroux, à l'aide des données pathogéniques acquises jusqu'à ce jour, résume et classe les symptômes psychiques des tumeurs cérébrales ; ses idées sont du reste reprises par Levassort (51) dans sa thèse sur les *Troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales* (1903).

On peut aussi trouver dans le *Traité de Pathologie mentale de* Ballet (6), paru en 1903, à l'article *Tumeurs encéphaliques* un exposé précis de la question, dû à M. Dupré (27 *bis*). Nous faisons, du reste, dans notre thèse plusieurs emprunts à ce livre.

Ainsi donc les troubles mentaux dans les néoplasmes encéphaliques sont bien connus aujourd'hui ; mais c'est

à Brault et Lœper qu'est dû, en partant justement de la constatation de ces troubles psychiques, dans certains cas prépondérants, la description d'une catégorie de tumeurs cérébrales, la forme psychoparalytique.

Depuis, l'attention des auteurs a été attirée vers ce genre spécial de tumeurs et plusieurs observations sont venues enrichir la littérature médicale de nouveaux cas.

Quelques mois après, Brault et Lœper, Devic et Gauthier font paraître dans les *Archives générales de Médecine* une nouvelle observation en insistant sur l'analogie de leur cas avec ceux cités par Brault et Lœper et comme eux concluent à l'existence de la forme psychoparalytique des tumeurs cérébrales.

En 1901, paraît, dans la *Revue neurologique*, une observation de Raymond Cestan et Paul Lejonne (8), où les auteurs rapportent un cas de tumeur du lobe frontal ayant donné lieu à des troubles psychiques considérables avec hémiplégie droite et amaurose complète.

Viennent ensuite, en 1902, l'observation de Lannois et Porot (46) *(Lyon Médical)*, en 1904, celle de Cornu (22) *(Nouvelle Iconographie de la Salpétrière)*.

A côté de ces observations appartenant véritablement à la catégorie des tumeurs cérébrales à forme psychoparalytique, il en est d'autres, nombreuses celles-là, à forme purement psychique. Parmi celles-ci, nous citerons simplement celles de Lannois (45) *(Lyon Medical*, 1899), de Mayet et Patel (56) *(Archives générales de Médecine*, 1900), de Mouisset et Beutter *(Lyon Médical*, mai 1906).

Ces cas se rapprochent de la forme psychoparaly-

tique par leur symptomatologie ; seulement la période paralytique manque.

L'étude des observations que nous venons de passer rapidement en revue nous permettra de faire un tableau clinique assez net de la forme psychoparalytique des tumeurs cérébrales, d'insister particulièrement sur les troubles psychiques et sur le caractère des paralysies.

II

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue symptomatologie, cette forme psychoparalytique de tumeur cérébrale présente surtout à étudier, outre les symptômes communs aux autres tumeurs cérébrales, deux ordres de phénoménes que le terme psychoparalytique indique suffisamment ; ce sont : d'une part les troubles mentaux, d'autre part les parésies et paralysies.

1° **Troubles mentaux**. — Les troubles mentaux présentent dans leur intensité, leur forme et leur évolution, de grandes variétés ; toutefois, d'après les observations publiées, il est assez facile d'en faire une étude systématique et de les catégoriser assez simplement.

Ils sont caractérisés en général par la *diminution, la dépression et l'obnubilation psychiques*.

La diminution psychique se marque par un affaiblissement démentiel progressif plus ou moins marqué, portant d'abord *et principalement sur la mémoire*, puis, et tardivement, sur l'intellectualité spontanée et l'activité volontaire. La dépression dont l'intensité varie est souvent légère ; elle s'accentue parfois jusqu'à l'état de stupeur mélancolique.

Mais la caractéristique la plus fréquente de l'atteinte des fonctions psychiques dans les tumeurs cérébrales

est l'obnubilation intellectuelle qu'on pourrait encore appeler torpeur, engourdissement psychique et qui se traduit objectivement par : l'immobilité relative du sujet avec persistance des mouvements d'habitude, l'inertie du masque facial, une attitude et une expression mimique d'absolue indifférence et de concentration méditative prolongée sans processus actifs d'idéation correspondante. On tire aisément le malade de cet état d'engourdissement psychique, mais pour un temps seulement ; abandonné à lui-même, il y retombe aussitôt. Il semble bien que le mécanisme psychologique de cet état soit l'inhibition des centres supérieurs de la conscience intellectuelle et de l'activité volontaire, avec la seule persistance de l'activité automatique, réglée surtout par les besoins intérieurs, d'ordre végétatif.

L'activité psychique spontanée semble presque nulle; l'intelligence obnubilée n'est pas détruite, elle répond aux incitations vives, aux injonctions impérieuses ; elle est voilée, mais encore présente et ce n'est qu'aux phases dernières de l'évolution morbide qu'elle décline et disparaît. Ces malades sont des affaiblis, mais ils semblent, au premier abord, beaucoup plus déments qu'ils ne le sont en réalité.

Cette dépression et cette obnubilation psychiques sont mentionnées très souvent dans les observations ; c'est ainsi que chez le malade de Lannois et Porot dont nous rapportons l'observation, on était frappé par l'impassibilité du masque facial, la fixité et l'atonie du regard. Le malade ne parlait pas et quand on lui causait il parlait lentement, les yeux sur son interlocuteur qu'il regardait fixement ; il semblait à peine comprendre ce

qu'on lui demandait, ne répondait ordinairement pas ou parfois ébauchait quelques mots incohérents, mal articulés, « marmotés », qu'on ne saisissait pas. (Voir de même observations II, V, VI, X, XII.)

Parfois même cette torpeur peut aller *jusqu'à un sommeil véritable* ; c'est ainsi que, dans l'observation de Devic et Paul Courmont, la malade dont il est question, atteinte d'un gliome cérébral, fut prise plusieurs fois d'accès de sommeil. « La malade, dit l'observation, répondait intelligemment mais paresseusement aux questions qu'on lui posait. Elle parlait très peu et ne prenait la parole que pour répondre aux personnes qui lui parlaient. A diverses reprises il lui est arrivé d'être prise d'un besoin impérieux de dormir. Elle s'endormait chez les voisines où elle allait quelquefois passer l'après-midi, son sommeil était calme et elle se réveillait assez brusquement sans manifester d'étonnement sans aucune idée délirante. (Voir encore observations III, V.)

A côté de cette forme qu'on pourrait appeler *forme dépressive*, on voit très souvent signaler dans les observations une autre forme correspondant plutôt à des phénomènes d'excitation, c'est la *forme joviale*, signalée par Bruns (16) et Jastrowitz (41) sous le nom de *Moria* et *Witzelsucht*, et caractérisée par le mélange de l'excitation euphorique du sentiment et du tour enfantin de l'esprit, qui se traduit par une jovialité frivole, une disposition à la farce, qui contraste étrangement avec la gravité de la situation pathologique.

C'est un état psychopathique très particulier, qui n'est à proprement parler, ni démentiel, ni dépressif,

ni expansif, ni délirant, mais qui, n'appartenant à aucune espèce morbide, peut apparaître et disparaître et se combiner au divers syndromes des états psychopathiques les plus variés.

Cette « moria » de Jastrowitz, ce caractère enfantin se rapprochent de ce que Dupré et Devaux ont particulièrement étudié sous le nom de *puérilisme psychique* et que Brissaud (15) avait déjà remarqué dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales. « C'est, dit-il, un simple retour à l'enfance, moins la vivacité des impressions et la curiosité de l'enfant. » « Cet état se manifeste par le caractère enfantin des réactions physiques marqué dans les réponses, dans l'intonation, dans la mimique, autant et peut-être plus encore que dans l'objet des préoccupations et la nature des désirs exprimés par les malades. Il se manifeste encore, à propos des faits courants de la vie quotidienne, par des réactions d'impatience et d'entêtement, futiles dans leur motif, naïves dans leur expression et disproportionnées dans leur intensité, par l'emploi de locutions et de formules enfantines dans le langage ; par le genre simple, monotone comme impersonnel et récitatif du débit ; par l'expression un peu niaise, d'une gaucherie qu'on dirait affectée, de la mimique et de l'attitude, par la suggestibilité extrême dans la conversation, la nature puérile des tendances, des goûts et des occupations » (Dupré).

Ce trouble mental si particulier a été signalé par d'assez nombreux auteurs. Cestan et Lejonne (18) l'ont noté en insistant sur la puérilité de leurs malades. Schuster (70) signale textuellement *ein gevisser*

unverkennbarer kindlicher oder kindischer Zug. Gowers (34) désigne le même état sous le nom de *Childishness.* Les autres auteurs désignent le tour si particulier de l'humeur et des tendances des malades sous les termes de *kindisches Wesen*, de *kindisches Betragen* [Immermann (39)], de *geniertes*, *kindisches Wesen* [Heyfelder (37)].

Tous ces termes sont identiques et désignent un état phsychopathique commun très particulier. C'est cet état que l'on retrouve dans plusieurs des observations que nous rapportons (observations V, VI, VIII et XI).

On observe plus rarement l'*érotisme :* c'est lui cependant qui formait le fond des troubles délirants chez un de nos malades (obs. IX).

On peut aussi remarquer, alternant avec certaines phases plus ou moins longues de torpeur, ou coïncidant avec la forme joviale, certaines périodes passagères d'excitation cérébrale plus ou moins marquées, se traduisant par *des cris* (observation X), *par des crises de larmes* (observation IV), *des accès de colère injustifiés* (observation IX), une loquacité extraordinaire, une activité désordonnée, un besoin perpétuel de mouvement, *des crises d'automatisme ambulatoire.*

L'automatisme ambulatoire est surtout très fréquent ; il est variable dans son intensité, sa fréquence, sa forme, se manifeste surtout sous forme de fugues que rien ne peut expliquer.

Tantôt les malades ont une amnésie complète de ce qu'ils ont fait pendant leur crise. C'est ainsi que la malade de Devic et P. Courmont eut plusieurs accès

d'automatisme ambulatoire qui durèrent d'une à trois heures environ. La malade ne savait absolument rien de l'emploi de son temps pendant ces accès ; mais il est probable qu'elle devait marcher sans interruption car, à son retour chez elle, ses souliers étaient couverts de poussière et elle était exténuée de fatigue. Les malades de Devic et Gauthier, de Mouisset et Beutter présentaient eux aussi des crises d'automatisme ambulatoire du même genre.

Le malade de Lannois et Porot dont nous avons déjà parlé plus haut à propos de la torpeur intellectuelle se levait plusieurs fois la nuit pendant son séjour à l'hôpital. rôdait dans les salles, allait battre ses voisins de lit, urinait dans divers coins de la salle.

D'autres fois l'automatisme affecte le type *impulsif dégénératif*, avec conscience des faits, obsession angoissante et détente consécutive, tel l'automatisme du malade de Patel et Mayet.

Ces crises, épileptiques ou dégénératives, d'automatisme ambulatoire sont considérées par la plupart des auteurs comme des accidents pathologiques épisodiques, occasionnellement provoqués, sur des terrains prédisposés, par la néoplasie cérébrale. Le malade de Patel et Mayet (56), héréditaire et alcoolique, présenta ainsi d'autres syndromes épisodiques, de la dégénérescence mentale, des impulsions suicides, homicides, du délire de jalousie, etc.

Ainsi donc en résumé les troubles mentaux que nous trouvons dans les tumeurs cérébrales revêtent deux formes principales, la forme dépressive et la forme joviale ; à ces deux formes viennent s'ajouter

d'une façon presque constante, mais seulement comme phénomènes épisodiques, certains phénomènes d'excitation cérébrale et surtout des accès d'automatisme ambulatoire.

A quel moment apparaissent les troubles mentaux ?

Ce moment est très variable. Tantôt c'est au début de l'évolution, tantôt c'est au milieu, tantôt ils marquent la période ultime de la maladie. L'intensité de ces troubles est aussi très différente ; tantôt ils sont peu marqués et accessoires, tantôt ils sont prépondérants et attirent surtout l'attention, revêtant la forme d'un véritable état démentiel.

Dans la forme psychoparalytique, ils ouvrent en général la scène et sont souvent la seule manifestation de la tumeur, ce n'est que plus tard, parfois plusieurs mois après, qu'apparaissent les symptômes moteurs. Toutefois, dans certains cas, l'inverse peut se produire, les troubles moteurs étant les premiers en date, les troubles mentaux leur faisant suite (obs. IX), mais ce fait est assez rare.

2° **Paralysies, parésies et aphasie.** — Les symptômes paralytiques des tumeurs cérébrales sont de deux sortes. Tantôt la paralysie est brusque dans son apparition ; parfois précédée, comme le soutient Bouveret, d'une longue période de vertiges, de céphalée, de diplopie. Elle est rapide dans son évolution, d'emblée partielle ou totale, nullement progressive, quelques fois rapidement mortelle, souvent passagère et brusque dans sa disparition.

Elle a pour cause alors une hémorragie ou une throm-

bose des sinus sous-jacents à la tumeur, voir même une hémorragie abondante intranéoplasique. Parfois c'est une simple hypérémie locale à disparition rapide.

L'autre variété de paralysie est sourde dans son apparition, lente dans son évolution, progressivement envahissante. Elle débute par une parésie monoplégique, elle devient monoplégie vraie, puis elle se généralise lentement en hémiplégie totale. Il semble que la marche clinique en soit exactement calquée sur l'évolution anatomique du néoplasme qui détruit petit à petit, par un travail d'évidement et de pénétration ininterrompue, tous les centres qu'il rencontre et dans un ordre donné. Dans ces cas, la contracture suit assez rapidement et ne diffère pas des contractures dues aux ramollissements.

La même distinction s'applique aux aphasies ; d'une part aphasies brusques, passagères ou durables, mais banales comme évolution et comme pathogénie ; d'autre part des aphasies plus lentes s'installant par à-coups, intermittentes et devenant assez rapidement définitives.

La première variété de ces différents troubles aphasiques et paralytiques n'est qu'un accident dans le cours des tumeurs cérébrales : la seconde au contraire est le fait seulement de certains néoplasmes ; elle est un symptôme capital ; elle précise le diagnostic au lieu de le dérouter.

Dans la forme qui nous occupe, les troubles paralytiques font partie de la deuxième variété ; ils sont insidieux, lents et progressifs, commençant par une légère parésie, d'abord à peine marquée, qui va ensuite en augmentant et devient peu à peu une véritable para-

lysie ; localisée d'abord à un membre, la paralysie se généralise ensuite à mesure que progresse la lésion.

Le malade devient ainsi complètement impotent. Les troubles psychiques, de leur côté, vont aussi en augmentant, amenant une entière déchéance organique et aboutissant en général au coma final.

3° **Symptômes communs aux tumeurs cérébrales.** — *Céphalée.* C'est en général le signe le plus précoce, le plus fréquent et le plus possible. C'est une douleur lancinante, rarement continue, dont les exacerbations arrachent des cris aux malades et dont le point de départ est souvent fixe en rapport avec le siège du néoplasme ; elle peut être quelquefois tardive (obs. I).

Vertiges. — Ils sont assez fréquents aussi avec et sans titubation, perte de la vue et perte de la connaissance.

Vomissements et constipation. — Vomissements dits cérébraux se faisant sans efforts, sans troubles digestifs, rappelés par les changements de position.

Convulsions épileptiformes et *épilepsie jaksonienne* précisent la localisation corticale. Elles n'interviennent souvent qu'à titre de phénomène intermittent parfois ultime (observations VI, VII, IX, X).

Les *troubles de la sensibilité* sont très divers, en général peu accentués, hyperesthésies, paresthésies, anesthésies continues ou intermittentes.

Les *réflexes* ne sont modifiés habituellement que du côté paralysé et contracturé.

Les *troubles des organes des sens et surtout de l'ouïe et de la vue* sont assez fréquents et assez impor-

tants. Un des malades de Brault et Lœper porteur d'un kyste hydatique du lobe temporal était sourd de l'oreille gauche. La surdité unilatérale est donc un appoint précieux pour le diagnostic ; il en est de même du vertige auriculaire et du bourdonnement d'oreille.

Du côté de la vue, c'est quelquefois de petits accidents (diplopie ou cécité passagère, scotomes, illusions), mais le plus souvent c'est l'*œdème de la papille*, *la névrite optique* se traduisant cliniquement par de l'*amblyopie* ou de l'*amaurose*. Ce symptôme, comme on le sait, est capital et presque pathognomonique des tumeurs cérébrales.

La fréquence de ces lésions papillaires a été notée par plusieurs auteurs. Oppenheim (61) l'a vu dans 82 pour 100 des cas, Govers (34) dans 80 pour 100, Kneipp dans 66 pour 100 (v. observations I, VI, X, XI). Dans certains cas, vu l'état psychique du sujet, l'examen oculaire est difficile et même impossible.

Observation I (résumée).

(Devic et P. Courmont, *Revue de Médecine*, 1897.)

Œdème de la papille. — Troubles mentaux, automatisme ambulatoire. — Accès de sommeil. — Hémiplégie gauche.

M. T..., quarante-six ans, fait deux séjours à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Roch. Premier séjour août-septembre 1895 ; deuxième séjour du 30 septembre 1895 au 20 janvier 1896.

Pas de maladies nerveuses, pas de syphilis, pas d'alcoolisme dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Apparition, en décembre 1894, de *céphalée permanente*,

quelque temps après tuméfaction fluctuante localisée à la région frontale et ouverte spontanément avec écoulement d'un pus fétide.

Apparition de *troubles psychiques. Altération de la mémoire* (la malade oubliait de faire son travail). A diverses reprises, *besoin impérieux de dormir*. Pas d'hallucinations. Plus tard, plusieurs accès d'*automatisme ambulatoire*. La malade ne savait rien de l'emploi de son temps pendant ces accès.

Durant le séjour de la malade à l'Hôtel-Dieu, état mental et céphalée diminuent. La malade, sortie de l'hôpital le 2 septembre 1895, y revient le 30 du même mois avec recrudescence de la céphalée et des troubles psychiques.

En octobre, *légère hémiplégie gauche*, plus marquée au membre inférieur qu'au membre supérieur avec participation du facial inférieur (paralysie flasque). Pas de troubles de la sensibilité, pas d'aphasie, pas d'épilepsie jaksonienne, pas de vomissements. L'hémiplégie augmente progressivement, de même que la céphalée.

Œdème papillaire bilatéral très net.

Le 15 octobre, trépanation au niveau de la cicatrice de l'abcès du début, énucléation d'une tumeur de la grosseur d'un marron. Amélioration de tous les symptômes. La malade sort du service le 16 janvier, n'ayant plus de trace d'hémiplégie, plus de céphalée, plus de troubles psychiques.

Le 11 février, la malade est prise subitement de vertiges et d'une hémiplégie gauche totale avec participation du facial inférieur gauche, hémiplégie augmentant et devenant persistante.

La malade devient fortement obnubilée ; le 24 février elle tombe dans un état subcomateux et elle meurt le 26.

A l'autopsie. — Pas de récidive de la tumeur ; foyer d'encéphalite, thrombus à l'origine de la sylvienne.

Observations II, III, IV (résumées).

(Brault et Lœper, *Archives générales de médecine*, mai 1900.)

Trois cas de tumeurs cérébrales à forme psychoparalytique.

II. Sarcome fasciculé détruisant le centre cortical de l'aphasie, la partie antérieure du faisceau pyramidal dans la capsule, s'étant traduit cliniquement, d'abord par des *troubles psychiques* (idées de suicide, amnésie, négligence de tenue, crises de colère fréquentes, torpeur intellectuelle et dégoût du travail) et ensuite par une *hémiplégie droite* à évolution lente et progressive avec *aphasie* chez une femme de quarante-quatre ans.

III. Kyste hydatique de la face inféro-externe du lobe temporo-occipital s'étant traduit par des *troubles psychiques* (indifférence, tendance au sommeil, hallucinations) une *monoplégie gauche* avec contractures et deux autres symptômes capitaux qui ont passé inaperçus dans le tableau clinique : *la faiblesse de l'ouïe et de la vue*, *l'hémianesthésie gauche* chez une femme de soixante-cinq ans.

IV. Sarcome du lobe frontal à petites cellules, d'aspect gliomateux, ayant envahi le noyau lenticulaire, s'étant traduit cliniquement par un ictus apoplectique; *hémiplégie droite et aphasie* chez une femme de quarante-neuf ans. L'examen mental avait révélé *une amnésie presque complète* avec un léger degré de *confusion mentale. Crises de larmes* fréquentes.

Observation V (résumée).

(Devic et Gauthier, *Arch. générales de Médecine*, 1900.)

Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, tisseuse,

célibataire, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, le 29 décembre 1899, décédée le 13 février 1900. Pas de syphilis dans ses antécédents, une tante morte dans une maison d'aliénés.

Troubles mentaux depuis six mois. Obnubilation intellectuelle, torpeur béate avec tendance marquée au sommeil. Petits *accès d'automatisme ambulatoire.*

Dans son quartier, la malade passait pour être devenue faible d'esprit, on la *jugeait folle.*

A son entrée à l'hôpital, perte notable de la mémoire et de la compréhension ; la malade rit sans raison, du rire béat des idiots. *Hémiparésie droite* aux membres supérieur, inférieur et à la face. Réflexe rotulien droit exagéré ; légère hyperesthésie. Pas de Babinski. Pas de troubles de la miction. Pupilles réagissant mal à la lumière. Fonds d'yeux normaux. Traitement spécifique. Augmentation des troubles psychiques et de l'hémiplégie droite. Troubles sphinctériens.

Le 26 janvier, apparition de *céphalée* allant en s'accentuant, avec quelques *vomissements.*

Après être restée pendant quelque temps dans un état subcomateux, la malade meurt le 13 février dans le coma, avec température de 40°5.

A l'autopsie. — Gliome de la partie postérieure du lobe frontal et de la partie antérieure des lobes temporal et sphénoïdal.

Observation VI (résumée).

(R. Cestan et P. Lejonne, *Revue neurologique*, septembre 1901.)

Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal.

Femme de trente-trois ans, entrée, au mois d'août 1900, dans le service du professeur Raymond, à la Salpêtrière, pour une hémiplégie droite, amaurose complète et troubles intellectuels.

Pas d'antécédents névropathiques, pas de syphilis.

Début de la maladie, en octobre 1899, par une *céphalée frontale* violente et par des *crises épileptiformes*. Deux mois après, *vomissements à caractère cérébral* avec aggravation de la céphalée et des crises épileptiformes.

En mars 1900, la malade est devenue complètement aveugle et l'examen ophtalmoscopique fait constater une *double névrite optique œdémateuse.*

En juillet, apparition de phénomènes moteurs et intellectuels dont l'intensité oblige la malade à entrer à l'hôpital.

Hémiplégie droite avec participation du facial inférieur, qui progresse lentement.

Sensibilité normale.

Troubles psychiques allant en augmentant. D'abord torpeur et paresse intellectuelles dès le début même de la maladie ; plus tard, euphorie remarquable, la malade ayant toujours l'air heureux et souriant (puérilité).

Perte de la mémoire considérable. Trouble des sentiments affectifs (indifférence vis-à-vis de ses parents et du personnel hospitalier qui la soigne).

Le 20 avril 1901, la malade semble s'endormir peu à peu ; elle tombe dans un coma tranquille et meurt le 1er juin.

A l'autopsie, tumeur kystique, au niveau du lobe frontal gauche, du volume d'une grosse orange, nettement encapsulée. Au point de vue histologique, il s'agissait d'un sarcome des méninges.

Observation VII

(Lannois et Porot, *Lyon Médical*, octobre 1902.)

Un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique et à évolution fébrile.

23 juillet 1902. — Jean-Baptiste L..., trente-trois ans, mineur, envoyé par son médecin avec le diagnostic : « Pa-

resse des membres avec tremblement. Paralysie générale ? »

Il est amené, conduit par la main par ses parents, comme un enfant ; il marche automatiquement ; il est dans l'impossibilité de causer, de fournir aucun renseignement.

Voici ce que nous apprennent ses parents qui l'accompagnent :

Antécédents héréditaires. — Père mort, à trente-cinq ans, de tuberculose pulmonaire ; n'était pas alcoolique, n'avait jamais présenté d'accidents nerveux. Sa mère, qui l'accompagne, est âgée de soixante-deux ans, jouit d'une bonne santé, mais, dit-elle, est très sujette aux migraines suivies de vomissements. Rien de spécial du côté des collatéraux.

Antécédents personnels. — Venu au monde à terme, dans un accouchement normal. N'a pas eu de retard de développement. Marié à vingt-cinq ans. Sa femme est bien portante, n'a pas eu de fausses couches. Il a eu comme enfants : 1° Une fille, morte à deux mois ; 2° un garçon, vivant et bien portant ; 3° un garçon, mort à un mois et demi ; 4° deux jumeaux, nés à sept mois et demi, morts quelques semaines après ; 5° sa femme, en ce moment enceinte, est à quelques jours du terme.

Il n'a jamais été malade, ne boit pas et ne semble pas avoir eu la syphilis. Pas de convulsions dans l'enfance. Pas de crises nerveuses. A toujours été d'un caractère très doux. Cependant, il avait eu, dans sa jeunesse, des migraines fréquentes.

Histoire de la maladie. — Depuis un peu plus d'un an, le malade se fatiguait rapidement par la marche. Quand il était fatigué, les membres supérieurs étaient le siège de douleurs vagues, mal définies. Il n'avait pas alors de tremblement et faisait, malgré cet état de fatigue, son travail.

Il y a à peu près plus d'un mois, sans cause apparente, le malade devint d'un caractère triste, moins démonstratif. Il parlait peu, et cet affaissement psychique augmenta progressivement. Il ne paraissait pas avoir encore de perte de mémoire, ne faisait pas de fugue et continua à s'occuper,

comme par le passé, de sa famille, qu'il aime beaucoup. Depuis le 7 juillet, son entourage remarqua qu'il avait du tremblement bien visible aux membres supérieurs. Ce tremblement coïncidant avec une asthénie générale plus marquée, lui fit suspendre son travail. Vers cette même date, également, les céphalées redoublèrent d'intensité, amenant des vomissements, survenant, quelques-uns, après les repas, avec le caractère alimentaire ; les autres, plus fréquents, se produisant à jeun, le matin, et ayant l'aspect aqueux, verdâtre.

A l'entrée, sujet maigre, au visage excavé, sous des pommettes un peu saillantes et rouges.

On est frappé par l'impassibilité du masque facial, la fixité et l'atonie du regard. Le malade ne parle pas, et, quand on lui cause, porte lentement les yeux sur son interlocuteur, qu'il regarde fixement ; mais la mimique faciale ne traduit aucun sentiment ; il semble à peine comprendre ce qu'on lui demande, ne répond ordinairement pas ou parfois ébauche quelques mots incohérents, mal articulés, « marmottés », qu'on ne saisit pas.

Il marche, mais d'une démarche lente, paresseuse et automatique ; on le conduit comme un enfant. On ne note pas d'autres caractères à cette démarche.

20 juillet. — L'examen somatique du malade a été pratiqué deux jours après l'entrée. Il a été rendu difficile et incomplet par l'état d'obnubilation du malade.

Aux membres supérieurs, on note une diminution générale de la force musculaire, semble-t-il, à droite ; le dynamomètre donne 5 à droite, 7 à gauche. Pas de tremblement.

Aux membres inférieurs, rien de spécial, sinon une diminution légère de la force musculaire. Le malade peut marcher.

Extrémité céphalique. — Pas de paralysie faciale apparente. Un peu de tremblement de la langue et du massif inférieur de la face.

Sensibilité. — Le malade réagit à la piqûre dans tous

les points du corps ; il semble cependant sentir un peu moins au niveau du membre supérieur droit.

Réflexes. — D'une façon générale, un peu exagérés et contrastant avec la diminution de la force musculaire. Le réflexe plantaire se fait en flexion des orteils. Pas de trépidations épileptoïdes. Pas d'attitude anormale dans le lit. Pas de Kernig. Pas de troubles vaso-moteurs.

Examen oculaire. — N'a pu être fait d'une façon complète à cause de l'obnubilation du sujet; on ne peut voir s'il y a des paralysies oculo-motrices. Le fond d'œil ne peut être examiné. Tout ce qu'on note c'est de l'inégalité pupillaire, la pupille droite étant un peu plus dilatée que la gauche.

Léger ptosis à gauche.

Pas de stigmates de dégénérescence. Nævus hypertrophique sur le cuir chevelu à droite.

Il y a de l'incontinence d'urine; le malade urine n'importe où et n'importe quand.

Rien au cœur ni aux poumons. Les urines ne peuvent être examinées à cause de l'incontinence.

L'état intellectuel et psychique est celui décrit plus haut, il est fait de torpeur, d'obnubilation profonde avec quelques modifications du caractère ; la nuit, le malade s'est levé, est allé battre ses voisins de lit, a uriné dans divers coins de la salle.

Il a été pris, le lendemain de l'entrée, d'une grande crise épileptiforme, d'une durée de cinq minutes, qui a été suivie d'un coma profond. On n'a rien noté de spécial dans cette crise ; pas de début par un membre ; elle a été d'emblée généralisée. Il y a eu des secousses oculaires très accusées. C'est la première crise du malade. Ses parents affirment qu'il n'en a jamais eu avant son entrée.

Depuis quarante-huit heures qu'il est dans le service, le malade a vomi continuellement : vomissements bilieux, verdâtres, survenant sans effort. Il n'a demandé qu'une fois à aller à la selle, quarante-huit heures après son entrée. Sa

constipation n'a cédé qu'aux lavements. Il s'alimente à peine, vomit le lait qu'on lui donne. Langue saburrale.

Le ventre résiste bien à la palpation, mais sans rétraction.

Pouls tendu, un peu vibrant à 60, régulier.

Pas de troubles du rythme respiratoire.

Depuis l'entrée, la température s'est maintenue au-dessus de 38 degrés, a même atteint 38°9 le lendemain de l'entrée.

En présence de ce tableau symptomatique où dominent la stupeur, les troubles psychiques et la parésie, on pense soit à une tumeur cérébrale en raison des autres symptômes (vomissements, crises épileptiformes), soit à une paralysie générale, selon le diagnostic du médecin qui a envoyé le malade, soit peut-être à une méningite subaiguë en raison des phénomènes thermiques.

Le Dr Piéry qui a pris le service, institue un traitement mercuriel intensif; injections quotidiennes de 8 centigrammes de benzoate de mercure.

22 août. — Le malade, malgré le traitement mercuriel, n'a pas présenté grande modification; peut-être cependant l'état de somnolence serait-il un peu moins accusé. La parésie musculaire n'a pas augmenté, sauf un peu au bras droit.

Le malade, un peu plus éveillé, se lève spontanément et souvent, mais les facultés intellectuelles semblent bien perdues. Il ne cause jamais spontanément et essaie à peine de répondre aux questions les plus simples. Il tire cependant la langue au commandement.

La température continue à rester au voisinage de 38 degrés.

Les vomissements sont intermittents. Il vomit pendant deux ou trois jours, puis en reste huit sans vomir.

Pas de nouvelle crise.

30 août. — Depuis trois jours, aggravation de l'état général à la suite d'une deuxième grande crise épilepti-

forme qui n'a pas été jaksonienne. Obnubilation plus marquée. Vomissements plus fréquents. Somnolence continuelle le jour. La nuit, le malade se lève, rôde dans la salle, on est obligé de l'attacher.

1er septembre. — Le malade a eu hier, dans la journée, une ébauche de syncope prolongée pendant un grand moment.

L'état général est mauvais. La torpeur est plus accusée, l'obnubilation totale.

11 septembre. — La parésie du bras droit est plus accusée depuis la dernière crise. Le malade, quand il essaie de marcher, tombe quelquefois et c'est toujours du côté droit. Quand on le pique, il a des mouvements de défense du bras gauche, mais ne bouge pas son bras droit.

Les réflexes sont partout un peu exagérés ; mais l'exagération est plus marquée à droite.

26 septembre. — Trépanation par le Dr Tixier. Point douloureux à la pression, assez bien localisé, un peu en avant de la ligne rolandique gauche, assez bas sur l'écaille temporale. Dure-mère a un aspect normal ; au toucher il semble y avoir un peu de résistance.

Deux ponctions dans la substance cérébrale restent négatives. On aperçoit à la partie inférieure de la plaie opératoire une petite plaque de méningite, blanchâtre, un peu opaline.

L'exploration n'ayant donné que ce résultat, on referme sans avoir touché au cerveau.

Suites opératoires normales. L'état d'obnubilation est resté le même.

Mort le 6 octobre.

Autopsie. — Adhérences de la dure-mère et de la piemère par points isolés à droite, par plaques étendues à gauche.

En regardant le cerveau par la base, on constate l'existence d'une tuméfaction diffuse qui semble s'enfoncer du côté de la scissure de Sylvius et de l'insula à gauche.

La tumeur est constituée par un tissu mou, blanc, qui ne donne pas de suc au râclage.

Elle semble avoir pris naissance dans la tête du noyau caudé et se continue en arrière jusqu'à la couche optique qu'elle a envahie.

La tumeur s'est développée dans la partie antérieure du ventricule latéral qu'elle a dilaté, de telle sorte qu'elle comprime la partie antérieure du lobe frontal et surtout le lobe orbitaire.

Du côté droit, circonvolution et centres sont normaux. Dilatation du ventricule dont l'épendyme est très infiltré.

Rien dans le cervelet.

Examen microscopique. Gliome avec hémorragies.

Observation VIII (résumée).

(Edmond Cornu, *Nouvelle Iconographie de la Salpétrière*, avril 1904.)

Un cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique.

Affection ayant évolué en quinze mois chez une femme de trente-six ans ; entrée d'abord dans le service de M. le Dr Devic à la Croix-Rousse.

Début par *céphalée occipitale*, *troubles moteurs légers* (parésie et maladresse des membres), *troubles psychiques* (affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire ; plus tard, hallucinations de la vue et de l'ouïe, *quelques fugues)*.

Asymétrie faciale. Troubles de la parole, tremblement, exagération des réflexes. Inégalité papillaire.

Malade envoyé ensuite à l'asile de Bron avec le diagnostic « paralysie générale compliquée d'hémispasme facial rebelle sans crises epileptiformes ou apoplectiformes ».

A l'examen on note alors ceci : « La malade reste immobile sur un banc ou s'avance d'un pas hésitant, le corps incliné à droite. Indifférente spontanément à ce qui se passe autour d'elle, elle est gaie et souriante, physionomie rieuse

presque malicieuse, elle parle quelquefois toute seule, mais n'a pas d'idées délirantes ou des hallucinations. »

Le spasme facial et les troubles de la parole s'accusent davantage. Parésie généralisée. La malade ne peut plus marcher, si elle se lève elle tombe toujours à droite. *Vomissements*, *constipation*, affaiblissement dementiel allant en augmentant, poussées de température. Décès.

A l'autopsie : Destruction du noyau caudé, atrophies croisées du cervelet par rapport au noyau caudé, du bulbe et de la moelle par rapport au cervelet.

Observation IX[1] (résumée).

Epilepsie généralisée ayant débuté à l'âge de trente et un ans. — Hémiplégie gauche dix ans plus tard. — Troubles psychiques quatre ans après. Quatre trépanations successives avec amélioration. — Gliome kystique de la région motrice.

Le nommé J. B., quarante et un ans, entre dans le service de M. Lannois, en août 1901. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis, pas d'antécédents névropathiques ; à trente et un ans il fut pris brusquement de crises épileptiformes généralisées qui se répétèrent pendant dix ans tous les dix ou quinze jours. Dix ans plus tard, le malade fut pris brusquement, à la suite d'une crise, d'une *hémiplégie gauche totale* avec gêne de la parole et de la mastication. Le malade marchait en traînant la jambe et en fauchant ; il ne pouvait se servir de son bras gauche qu'il écartait difficilement du

[1] Nota. — Cette observation a été déjà présentée deux fois à la Société médicale des hôpitaux de Lyon. Une fois à la séance du 13 avril 1902, par MM. Lannois et Paviot, sous le titre de « kystes gliomateux du cerveau » ; une autre fois à la séance du 15 mai 1906, par M. Grandclément, interne des hôpitaux, sous le titre de « quatre interventions pour tumeur cérébrale chez le même malade » (voir *Lyon Médical*, 8 juillet 1906).

tronc. Il a de la raideur, presque de la contracture avec réflexes exagérés aux membres supérieur et inférieur gauches et trépidation épileptoïde ; asymétrie faciale dénotant une paralysie faciale.

Sensibilité diminuée à gauche. Rien du côté des yeux, *pas d'œdème de la pupille.*

La parole est lente et gênée, *la mémoire très diminuée, l'intelligence peu développée.*

A la suite d'une trépanation (février 1902) et de l'extirpation d'un kyste gliomateux siégeant au niveau de la partie moyenne du sillon de Rollando, amélioration considérable. Nouvelle intervention en septembre 1904 avec nouvelle amélioration. Toutefois le bras se paralyse de plus en plus.

Un an après, en septembre 1905, apparition de *troubles psychiques très intenses.* Le malade devient insolent, querelleur par impulsion, présente du délire à forme érotique, accusant son fils et ses voisins de toutes sortes de méfaits. Il était jaloux de sa femme, prétendait qu'elle le trompait avec son fils et avec d'autres personnes ; il l'épiait constamment, la menaçait et l'injuriait si bien que celle-ci redemanda son entrée à l'hôpital. Il eut même une période d'excitation génitale.

Les crises apparaissent de nouveau au mois d'octobre 1905, et se répètent tous les jours. Après deux nouvelles interventions qui retardèrent un peu l'issue fatale, le malade meurt le 6 mai 1906 avec des phénomènes d'agitation.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lépine, *Revue de médecine*, 1895.)

Singuliers troubles psychiques dans un cas de tumeur des lobes frontaux.

Femme de quarante-quatre ans, sans antécédents mor-

bides. Une nuit, elle fut prise d'une crise convulsive, suivie de perte de connaissance.

Pendant un mois durant, retour très fréquent de crises convulsives, puis *céphalée* sus-orbitaire *avec vertiges* et bourdonnements d'oreille. A son entrée, on constate surtout un certain degré d'*obtusion intellectuelle* et *de la difficulté de la marche* paraissant résulter surtout d'un défaut d'équilibre ; de plus, parfois on provoquait de la rétropulsion ; on note aussi une parole lente.

Le lendemain, la malade a été prise de *coma* avec *déviation de la tête et des yeux à droite ;* raideur générale plus marquée à gauche, pouls lent. Le coma n'a duré qu'un jour, il a été suivi, pendant un mois environ, d'un état semblable à celui que présentait la malade le jour de son entrée ; puis, *nouvelle attaque comateuse* avec, cette fois, *déviation de la face et des yeux à gauche* et *paralysie faciale gauche*. Consécutivement, il s'est produit une petite escarre sur la fesse gauche.

Lorsque la malade a repris connaissance, elle a présenté une singulière *amnésie* avec *délire*. Elle ne se rappelait pas la mort de son mari survenue il y a sept ans et prétendait que chaque jour il venait la voir. De plus, elle était convaincue que sa voisine de lit, qu'elle ne connaissait pas avant son entrée à l'hôpital, était sa cousine et elle lui parlait de prétendues affaires de famille. Pendant toute cette phase de la maladie, on a constaté une *hémiopie gauche*, très nette ; puis, la mort est arrivée pendant une nouvelle attaque comateuse.

A l'autopsie. — La lésion occupait un siège un peu insolite, eu égard aux symptômes présentés. A la partie antérieure du lobe frontal *droit* se trouvait une adhérence assez intime de la pie-mère et de la dure-mère, et à ce niveau une tumeur du volume d'une noix, dure, dont le centre était particulièrement caséeux, et la périphérie rosée, sans limite bien tranchée avec la substance nerveuse saine (syphilome). Dans la scissure interhémisphérique, sur le

lobe frontal de l'hémisphère *gauche*, un peu en avant du genou du corps calleux, il existe un petit syphilome de *moindre étendue* que celui de l'hémisphère opposé, parais-sant de date plus récente et à limites moins tranchées encore ; pas d'autres lésions cérébrales appréciables.

Observation XI (inédite).

(Communiquée par M. le Dr Lannois.)

Tumeur cérébrale probable avec névrite optique, troubles psychiques, paraplégie spasmodique et parésie du bras droit « forme psychoparalytique ».

25 août 1904. — J... S..., vingt-deux ans, employée dans les usines Lumière, à Lyon, entre dans le service des maladies nerveuses à Saint-Pothin, chez M. Lannois, pour *troubles psychiques* et *troubles de la démarche;* elle est accompagnée par sa mère qui fournit les renseignements sur son état.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-cinq ans de tuberculose pulmonaire, n'était pas alcoolique. Mère bien portante. Syphilis héréditaire douteuse. Quatre frères ou sœurs morts en bas âge, le premier mort-né à huit mois. Pas de renseignements sur les grands-parents.

Antécédents personnels. — Venue au monde à terme dans un accouchement normal, réglée à quatorze ans régulière-ment. Bronchite à cinq ans, bien portante jusqu'à quatorze ans. Anémie? jusqu'à vingt ans, époque où débutèrent les accidents actuels.

Histoire de la maladie. — A quatorze ans, la malade aurait eu une frayeur qui l'aurait vivement impressionnée : il s'agit d'une fusée le 14 juillet : c'est le moment où ses règles apparurent. Depuis lors, jusqu'à vingt ans, elle aurait été très anémique, mais ne présentait pas de troubles psychiques.

Elle a travaillé cinq ans chez MM. Lumière dix heures

par jour dans une chambre noire. A vingt ans commencèrent les troubles qui l'amènent à la consultation. Ces troubles débutèrent insidieusement et ne furent remarqués que peu à peu par l'entourage. La malade cessa de travailler dès le début, mais n'en a eu aucune amélioration.

Elle eut d'abord des *vertiges* avec des moments d'absence pendant lesquels elle tombait. Pas de perte réelle de la connaissance. Puis ce fut sa démarche qui se modifia; actuellement, démarche de canard, à petits pas, les jambes écartées et raides donnant une allure spasmodique.

Elle eut également au début des *céphalées* très intenses et même des *vomissements* qui n'ont pas persisté. Enfin, elle a des troubles de la vision très accentués; elle y voit très peu et l'examen ophtalmoscopique dénote une myopie bilatérale très accentuée et une *atrophie papillaire double avec chorio-rétinite.*

Par-dessus le tout apparaissent des troubles psychiques très graves; la malade comprend mal, ne répond rien ou alors des phrases sans aucun sens; elle rit stupidement, grogne à la façon des animaux pour exprimer ses pensées; elle ne sait pas se relever quand elle est assise par terre, ce qui tient autant à l'état spasmodique de ses muscles qu'à son psychisme. Elle marche avec difficulté, par faiblesse des membres inférieurs; elle reste indéfiniment immobile sur sa chaise; elle garde indéfiniment les aliments dans sa bouche et ne les avale que quand on le lui commande. Il lui est impossible d'écrire même son nom.

Examen somatique. — Facies stupide. Force conservée aux membres supérieurs, tremblement statique et individuel des doigts dans l'attitude du serment. Aux membres inférieurs, parésie marquée; la malade ne résiste pas aux mouvements passifs. Tremblement de la langue. Sensibilité intacte à la piqûre; la malade pousse des cris pendant qu'on la recherche. Réflexes rotulien, achilléen, du bras, de l'avant-bras exagérés; réflexe plantaire en extension. Pas

de trépidation épileptoïde, coordination motrice intacte. Pas de Romberg. Pas de zones hyperesthésiques.

Examen oculaire. — Pas de paralysies, pas de nystagmus, pupilles très dilatées, égales, réagissant très faiblement à lumière, névrite optique.

Pas de malformations si ce n'est de très mauvaises dents. Pas de troubles sphinctériens.

Rien aux cœur, ni aux poumons. Ni sucre, ni albumine.

Vu la céphalée et les vomissements du début, la névrite optique, les troubles psychiques, le tout évoluant sans température on fait le diagnostic de tumeur cérébrale.

5 novembre 1904. — L'état de la malade s'est aggravé. Elle perd ses matières dans son lit et même debout dans la salle. Elle obéit aux ordres qu'on lui donne : se lever de sa chaise, presser le dynanomètre sur lequel elle donne 10 et 11. On ne peut tirer d'elle aucune réponse précise ; elle dit : « Oui, hé, ça y est, comme ça, » à tout ce qu'on lui demande ; on ne peut arriver à fixer son attention ; sa mémoire est nulle, l'association des idées abolie ; l'intelligence semble avoir complètement disparu.

28 janvier 1905. — Les troubles psychiques s'accentuent encore. La malade *pousse des cris* et depuis un mois on est obligé de lui faire une injection de morphine le soir pour qu'elle ne trouble pas le repos des autres malades. Elle est devenue incapable de manger seule, ce qu'elle pouvait faire encore à l'entrée. Elle est donc complètement gâteuse et lorsqu'elle s'est souillée dans son lit, se couvre de matières fécales et en porte à sa bouche. Elle est totalement incapable de se tenir debout, sa paralysie étant devenue presque totale et présente très nettement de la parésie avec contracture du membre supérieur droit.

30 septembre. — La malade est restée dans le service jusqu'à cette époque, son état est resté à peu près stationnaire ; le gâtisme est toujours complet. Sa famille la fait sortir du service pour la placer à l'asile de Bron où son état resta celui décrit précédemment et où elle mourut au bout

de deux mois. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

Observation XII (inédite).
(Communiquée par M. le Dr Lannois.)

Céphalée, vomissements. — Absence totale d'équilibre. — Parésie droite. — Troubles psychiques. — Tumeurs multiples du cerveau.

Joseph R..., domestique, quarante-sept ans, entré dans le service des maladies nerveuses à Saint-Pothin, chez M. Lannois, le 10 août 1904 pour des troubles intellectuels et des troubles de l'équilibre.

Antécédents héréditaires inconnus; pas de syphilis dans ses antécédents personnels. Alcoolisme. Crises nerveuses depuis l'âge de trente ans sur lesquelles le malade donne des renseignements confus; elles paraissent avoir été fréquentes au début, puis s'être beaucoup améliorées.

Son état actuel daterait d'une huitaine de jours. Le malade a de l'*obnubilation* et de la *perte de la mémoire*, il se trompe sur les mois et sur les jours; facies indifférent et hébété; aspect d'un homme ivre; il rit d'un air niais à toutes les questions posées; il a bon caractère.

Quand on le fait marcher, il a nettement des troubles de l'équilibre; il est entraîné soit à droite soit à gauche. Debout les pieds joints, il tombe d'un côté ou de l'autre. Pas d'incoordination aux membres supérieurs; il exécute, sans hésitation, le mouvement de toucher son pied avec la main. Force musculaire diminuée aux membres supérieur et inférieur droits. *Légère parésie droite.* Aucun trouble paralytique des nerfs craniens.

Depuis quatre ou cinq ans il se plaint de fourmillements dans les membres inférieurs, surtout au niveau des genoux. Légère hyperesthésie. Réflexe plantaire exagéré en flexion.

22 août 1904. — Les troubles de la statique persistent

malgré qu'on ait enlevé de l'oreille du malade un bouchon de cérumen. Depuis huit jours apparition de vomissements qui se produisent après le repas et de céphalée frontale.

Troubles psychiques très marqués. — Le malade urine de tous les côtés, dans la salle, par la fenêtre, ne trouve pas son lit, se perd. Amnésie toujours considérable, mais ses réponses sont encore sensées.

Les phénomènes vertigineux s'accusent encore. Le malade est obligé de rester au lit et même d'être attaché, car il tombe de son lit; mis debout, il chancelle aussitôt et a de la tendance à tomber en arrière.

27 août. — Le malade a des idées délirantes, il est agité la nuit, veut s'en aller, dit que la voiture est venue le chercher à 3 heures du matin, etc. Les *vomissements* sont devenus presque incessants; vomissements brusques, sans effort. Inégalité pupillaire; les pupilles réagissent mal à la lumière. Quelques secousses nystagmiformes lorsque le regard se porte en haut.

En présence de tous ces symptômes on pense *à une tumeur du cervelet.* Ponction de Quinke; on retire 30 centimètres cubes de liquide très limpide, eau de roche.

19 septembre. — *Aggravation nette de la parésie droite*; le malade ne se sert pas de sa main droite qu'il laisse pendre le long du corps; tous les mouvements sont encore possibles, mais difficiles. La parésie s'est également accusée à la jambe, mais moins qu'au bras.

La recherche des *signes de Babinski* au sujet de *l'asynergie cérébelleuse* est négative pour le premier signe, positive pour le second; c'est-à-dire que : 1° Le malade étant étendu sur le dos si on lui ordonne de prendre la position assise sans s'aider de ses mains, on remarque qu'il plie ses jambes légèrement et sans détacher les talons du plan du lit, comme on le fait normalement, au lieu de raidir ses jambes et de détacher ses talons du plan du lit comme le décrit cet auteur.

2° Le malade étant debout, si on lui ordonne de prendre

la position incurvée en arrière en arc de cercle sans point d'appui, au lieu de fléchir légèrement les genoux comme le fait un homme normal, *il raidit ses jambes* et s'incurve très difficilement.

Douleurs au niveau de la nuque du côté droit; la percussion de l'occiput ne réveille pas de douleur profonde.

Les vomissements continuent, mais l'obnubilation paraît diminuée. A l'examen ophtalmologique fait par le Dr Brenil, *gros œdème de la pupille* des deux côtés.

Le malade est opéré le 30 septembre par M. le Dr Tixier : Trépanation de la fosse cérébelleuse droite; explorations digitale et visuelle négatives. Pansement à plat.

26 octobre. — Le malade revient du service de chirurgie; sa plaie n'est pas encore guérie parce qu'il s'est avisé plusieurs fois d'aller la toucher avec le doigt sous le pansement. Amélioration sensible. Le malade reconnaît bien tout le monde et parle raisonnablement; il se nourrit, mange et ne vomit presque plus. *Mais la parésie droite* s'est encore accrue.

29 octobre. — Aggravation subite de l'état du malade. Etat semi-comateux; dans la nuit, le malade a pris une sorte de crise *d'épilepsie jacksonienne* avec prédominance des mouvements à gauche, en raison probablement de l'hémiplégie droite; cette crise a duré toute la matinée. Les vomissements ont reparu; il vomit tout ce qu'il prend.

30 octobre. — Depuis sa crise, le malade est dans le coma. T. = 39°,5, puis 40. *Hémiplégie droite complète et flasque*. Traits de la face déviés à gauche. Réflexe rotulien aboli à droite.

La sensibilité semble intacte. Dans les urines, gros disque d'albumine, sucre.

Le malade meurt dans le coma le 31 octobre 1904.

A l'autopsie. — 1° Méningite suppurée de la convexité semblant avoir pris naissance au niveau de la plaie de la trépanation. Pas de tumeur cérébelleuse.

2° Au niveau du bulbe sur le plancher du quatrième

ventricule du côté droit à peu près au niveau de l'intersection des pédoncules cérébelleux inférieurs et supérieurs au-dessus des stries du calamus scriptorius, on voit une bosselure grosse comme une noisette et qui paraît être une tumeur du plancher.

3° Petits kystes dont le plus petit est gros comme une noisette et le plus gros du volume d'une noix ; ils sont un peu ovalaires ; ils sont situés au-dessous de la pie-mère, sur la substance cérébrale déprimée pour les recevoir ; ils s'énucléent très facilement quand on a enlevé la méninge. Ils sont formés d'une membrane élastique très fine et transparente. Ils ont l'aspect de kystes hydatiques dont la paroi serait très mince. Leur plus grande partie est occupée par un liquide très transparent ; mais à l'un des pôles il y a comme une seconde poche incluse dans la première et qui n'est pas transparente. La membrane qui divise la poche principale en ces deux cavités secondaires est marquée à son centre d'une tache d'un blanc opaque. Ils sont au nombre de quatre. L'un est situé au niveau du pli courbe gauche ; un autre à la face inférieure et postérieure du cerveau à gauche au-dessus du cervelet, un autre au niveau de la troisième frontale droite ; enfin le dernier au niveau du lobe temporal droit.

Pas d'adhérences entre eux et la substance cérébrale.

Un fragment de la tumeur et un des kystes furent envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique et examiné par M. le Dr Paviot qui a remis la note suivante :

« Sur les coupes transversales n'intéressant que la moitié du bulbe et par suite la moitié de la tumeur implantée sur le plancher du quatrième ventricule, au niveau du raphé, on voit pénétrer dans le tissu nerveux un tissu qui peut être regardé comme de la gliose inflammatoire. C'est un feutrage fibrillaire assez vide en cellules, qui voisine avec les cellules des noyaux médians sans les altérer notablement.

D'ailleurs, dans ce même tissu de gliose, on voit des îlots

de l'épithélium épendymaire qui ont été refoulés dans la profondeur, ou du moins qui sont restés perdus dans ce tissu de gliose. Nous disons plutôt gliose inflammatoire que gliome, parce que, en s'avançant sur la surface, on voit, au centre de la production, un nodule plus hyalin, pénétré par des travées de cellules et entouré d'un épais anneau de cellules rondes ou ovales. Enfin, tout à fait à la surface de ce noyau fibro-hyalin, sont les villosités d'un plexus choroïde infiltré de ces mêmes cellules rondes ou ovales. En somme, l'aspect d'une lésion inflammatoire à centre fibro-hyalin, entourée de cellules rondes ou ovales, avec gliose légèrement pénétrante dans le plancher. Cela ne paraît pas tuberculeux, car ce n'est pas caséeux, et si cela est parasitaire, il n'y en a plus la preuve.

Pour *un des kystes* trouvés sous la pie-mère, la petite masse blanche de son centre est très difficile à colorer ; on y distingue cependant quelques grands corps cellulaires, triangulaires, que l'on croirait de nature nerveuse. Mais pas de crochets et la paroi est trop mince pour être à échinocoque.

Le fragment de cerveau qui servait de logette à un des kystes n'est pas altéré.

M. le Dr Neveu-Lemaire, qui a examiné à nouveau *un des kystes* ne croit pas, lui non plus, à un kyste hydatique, mais n'a pu nous dire quelle en était la nature. Celle-ci reste donc indéterminée.

III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous venons de voir, au chapitre consacré à la symptomatologie que les tumeurs cérébrales à forme psycho-paralytique étaient caractérisées à leur début par des troubles mentaux qui, à eux seuls, constituent souvent toute la symptomatologie de la maladie. Aussi le diagnostic est-il souvent difficile à cette période, s'il ne s'adjoint pas des symptômes particuliers aux tumeurs cérébrales *(vomissements*, *céphalée*, etc.).

C'est ainsi qu'une tumeur cérébrale peut simuler pendant un certain temps tous les états psychopathiques que l'on trouve en médecine mentale.

Chez un jeune homme qui a des antécédents nerveux très marqués on pourra songer à une démence précoce. Chez un vieillard, on croira à une démence sénile. Chez un homme de trente-cinq à quarante-cinq ans on fera le diagnostic de paralysie générale commençante. En effet, dans la paralysie générale aussi bien que dans les tumeurs cérébrales avec troubles mentaux on retrouve, au début, une perte progressive de la mémoire, une déchéance intellectuelle évoluant lentement et insidieusement, un changement dans le caractère, souvent des troubles des sentiments affectifs. Aussi ne doit-on pas

s'étonner que, dans plusieurs cas, l'erreur ait été commise au début. Chez le malade de Lannois et Porot, chez celui de Cornu, c'est le diagnostic de paralysie générale qui avait été porté tout d'abord ; la malade de Devic et Gauthier passait pour folle dans son quartier et on conseillait à son entourage de la présenter plutôt à l'asile de Bron qu'à un hôpital ordinaire.

Dans la majorité des cas cependant la paralysie générale a des signes assez nets pour ne pas être confondue avec les tumeurs cérébrales ; ce sont : l'inégalité pupillaire, les tremblements de la langue, l'embarras très spécial de la parole, etc., tous ces phénomènes apparaissant sans avoir été précédés de céphalée et de torpeur, sans s'accompagner par la suite de véritables paralysies.

Il est deux grandes diathèses qui frappent souvent le cerveau et qui peuvent alors donner naissance à des symptômes psychiques analogues à ceux des tumeurs cérébrales : ce sont la *syphilis* et la *tuberculose*.

La *syphilis cérébrale* est très complexe comme lésions anatomiques, comme siège de ces lésions et par conséquent comme symptomatologie.

Toutefois les lésions le plus souvent constatées sont soit des *gommes* qui rentrent alors dans le cadre des tumeurs cérébrales, soit des *artéropathies cérébrales*, soit des *méningites chroniques,* lésions qui, au point de vue clinique, se traduisent très souvent par des troubles mentaux (dépression mentale, torpeur et obnubilation) et aussi par des accidents somatiques variés (hémiplégie, aphasie, vertige, ictus apoplectiques, etc.) donnant ainsi naissance à un *syndrome psychosomatique* ana-

logue au *syndrome psychoparalytique* des tumeurs cérébrales.

La céphalée, si fréquente dans la syphilis cérébrale, vient compléter l'analogie. Aussi faut-il toujours essayer, en présence du syndrome psychoparalytique, le traitement mercuriel, ce qui, d'ailleurs a été fait dans la plupart des cas.

La tuberculose cérébrale elle aussi, par un processus analogue à celui de la syphilis (tubercules cérébraux, comparables aux gommes syphilitiques, méningite tuberculeuse) présente très souvent des troubles mentaux. Il est même une forme de méningite tuberculeuse, la forme mentale, étudiée récemment dans la thèse de Le Gras, dans laquelle les troubles psychiques tiennent la place la plus importante tout comme dans les tumeurs cérébrales à forme psychoparalytique.

Ce que nous venons de dire des méningites syphilitique et tuberculeuse s'applique aussi aux méningites chroniques en général quelle qu'en soit la cause.

L'observation de Goffroy et Gombault (42) rapportée au *Congrès de médecine* (1900) montre bien les difficultés du diagnostic dans ces cas.

Il s'agissait d'un homme de trente-neuf ans, qui avait eu à huit ans des accidents cérébraux, des symptômes de tumeur cérébrale en rapport avec une tumeur du cervelet, accidents qui disparurent ; une trentaine d'années après, le malade eut de nouveaux accidents qui s'établirent progressivement, accidents en rapport ceux-là avec la méningite constatée à l'autopsie et qui peuvent être ainsi résumés : « affaiblissement progressif de l'intelligence et de la mémoire, hallucinations,

phénomènes délirants très marqués, troubles de la parole et incohérence du langage ; — céphalée assez vive continue avec recrudescences ; — troubles de la marche, cécité complète, réflexes rotuliens légèrement exagérés.

Nous avons donc ici encore un syndrome psycho-paralytique qu'on pouvait attribuer à une tumeur cérébrale, d'autant plus que le malade avait des antécédents néoplasiques dans son passé.

Le ramollissement cérébral peut aussi donner naissance à des symptômes analogues. Devic et Gauthier, dans leur observation, ont discuté ce diagnostic ; l'ayant envisagé pendant un certain temps, ils le rejetèrent bientôt ; l'âge peu avancé du malade, l'intégrité de son appareil cardiovasculaire, l'absence d'ictus, la longue durée des phénomènes psychiques sans adjonction de manifestations paralytiques, voilà les raisons majeures qui motivèrent cette détermination.

Nous nous sommes occupé jusqu'à présent des encéphalopathies organiques diffuses ; reste un groupe important d'encéphalopathies très bien étudiées aujourd'hui : *les encéphalopathies toxiques (saturnisme, alcoolisme par exemple) ou autoxiques (urémie, diabète)*, qui peuvent être confondues très souvent par leur symptomatologie avec toutes les lésions précédemment étudiées.

« Les tableaux des encéphalites toxiques et des encéphalites néoplasiques sont tous composés des mêmes éléments, disent Dupré et Devaux : céphalée, vertiges, vomissements, amblyopie et amaurose, crises épileptiques, ictus paralytiques et, dans le domaine psy-

chique, torpeur, obnubilation intellectuelle, confusion mentale, somnolence et insomnie, états délirants, affaiblissement démentiel, coma. »

Cette symptomatologie correspond, comme nous le verrons plus loin, à des lésions histologiques identiques et à des causes communes. Si bien que le diagnostic d'urémie cérébrale a été posé dans des cas où la nécropsie a démontré l'existence d'une tumeur de l'encéphale et qu'inversement des tumeurs cérébrales ont été prises pour des intoxications urémiques ou autres (cas de Lugaro (53) par exemple).

Aussi ne faut-il jamais oublier, dans toute manifestation cérébrale, de rechercher les causes toxiques qui ont pu prendre part à leur apparition ; il faut connaître les antécédents des malades, faire l'examen des urines et de tous les appareils.

Au cours de l'évolution d'un néoplasme de l'encéphale se manifeste quelque fois de l'*excitation intellectuelle*. Le diagnostic est alors à faire avec l'excitation maniaque. Mais celle-ci ne s'accompagne pas d'affaiblissement intellectuel, les raisonnements ne sont pas marqués au sceau du puérilisme, de la niaiserie caractérisant au contraire la tumeur cérébrale.

Certains états névropatiques, *neurasthénie*, *hystérie*, *état mélancolique simple, idées hypocondriaques*, peuvent quelquefois faire songer à des troubles psychiques en rapport avec une tumeur cérébrale ; l'apparition et le caractère particulier des symptômes moteurs, la présence des symptômes particuliers aux tumeurs cérébrales fixeront le diagnostic.

Il est un dernier fait à mentionner. C'est que très

souvent la tumeur cérébrale n'existe pas seule, qu'elle s'accompagne souvent de lésions secondaires.

Ces lésions secondaires étudiées en particulier par Baillarger (4), par Saqui (68), par Bouveret (12), sont soit des *ramolissement*, soit *des hémorragies*, soit *des encéphalites périnéoplasiques* et particulièrement des méningites plus ou moins diffuses.

Tumeur et lésion secondaire donnent chacune des symptômes particuliers mais qui se confondent le plus souvent dans le tableau clinique, et il est parfois difficile de distinguer ce qui revient à la tumeur et ce qui revient à la lésion surajoutée. Ces lésions jouent dans le *syndrome mental un rôle* parfois secondaire, parfois principal, mais toujours important.

Ainsi donc, en résumé, les troubles mentaux des tumeurs cérébrales ne sont pas particuliers à ce genre d'affection, ce qui rend le diagnostic parfois très difficile. On ne peut souvent l'établir que lors de l'apparition des symptômes communs à toutes les tumeurs cérébrales.

Les phénomènes paralytiques, lorsqu'ils auront les caractères sur lesquels nous avons insisté, c'est-à-dire lorsqu'ils apparaîtront lentement et progressivement, pourront éclairer le diagnostic.

Nous avons aussi suffisamment insisté sur les symptômes accessoires et surtout sur l'œdème de la *papille et l'atrophie optique*, qui est presque un signe pathognomonique.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIE

La clinique réunit, sous le nom de tumeurs cérébrales, les produits accidentels ou pathologiques atteignant un certain volume, qui peuvent se développer dans la cavité encéphalique. La nature de ces tumeurs et leur siège sont extrêmement variés.

Dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, Klippel les divise en :

1° Tumeurs neuroépithéliales (cérébromes, gliomes, épithéliomes).
2° Tumeurs conjonctivo-vasculaires (sarcomes, psammomes, fibromes, angiomes, ostéomes).
3° Tumeurs secondaires ou généralisées.
4° Tumeurs inflammatoires (tuberculomes, syphilomes, abcès).
5° Tumeurs kystiques (hydatides, kystes séreux ou dermoïdes).
6° Tumeurs anévrysmatiques.

La fréquence relative de chacune de ces différentes sortes de tumeurs a été établie par quelques auteurs (statistiques de Starr (24), rapportée dans les thèses d'Auvray et de Levassort, de Bernhardt (10), etc.) ; ce sont les tubercules et les gliomes que l'on rencontre le plus fréquemment.

Les causes des tumeurs de l'encéphale sont variables. Les néoplasmes d'origine neuroépithéliale se développent souvent de très bonne heure et dépendent

de lésions créées pendant la vie intra-utérine ; on les rencontre souvent chez des sujets très jeunes, mais généralement le néoplasme reste assez longtemps silencieux.

L'étiologie des tumeurs fibro-vasculaires reste encore obscure ; les traumatismes craniens semblent avoir un rôle important dans leur apparition.

Le cancer secondaire est le résultat de l'embolie cancéreuse. Les gros tubercules se rencontrent surtout chez les enfants. Les gommes syphilitiques se développent dans le cerveau, soit au cours de la syphilis héréditaire tardive, soit dans la période tertiaire de la syphilis de l'adulte. Les germes des kystes hydatiques arrivent à l'encéphale par la circulation sanguine. Les anévrysmes sont surtout fréquents chez les hommes de cinquante-cinq à soixante ans, artério-scléreux ou syphilitiques.

La fréquence suivant le siège a fait aussi l'objet de quelques statistiques. Les plus importantes ont été réunies par Schuster ; ce sont celles de Starr (74), de Gianelli (33), de Bernhardt (10), de Bruns (16), de Bramwell (13), etc. Elles concordent parfaitement et Schuster résume les résultats obtenus dans le tableau suivant :

Cervelet	26,6 pour 100
Tumeurs multiples	14,7 —
Lobe frontal	12,1 —
Zone motrice	12,0 —
Pédoncules cérébraux	9,9 —
Ganglions de la base et région ventricul.	7,0 —
Lobe occipital	4,3 pour 100
Lobe temporal	3,9 —
Hypophyse	3,8 —
Moelle allongée	3,4 —
Lobe pariétal	3,3 —
Tubercules quadrijumeaux	3,1 —
Corps calleux	2,5 —

Dans toutes les statistiques, les tumeurs du cervelet sont les plus nombreuses ; viennent ensuite les tumeurs multiples, celles du lobe frontal et de la zone motrice.

Les observations que nous étudions se rapportent surtout à des tumeurs des lobes frontaux et de la zône rolandique (obs. I, II, IV, V, VI, VII, IX, X).

Si maintenant nous examinons le rapport des troubles psychiques avec la nature des lésions, nous voyons que la précocité, l'intensité et la rapidité d'évolution des réactions psychiques sont, en général, proportionnelles au volume, au nombre et à l'activité d'accroissement des tumeurs. Un gros néoplasme (sarcome, gliome, kyste hydatique, etc.) détermine des troubles psychiques plus marqués qu'un petit noyau gommeux ou tuberculeux. Une éruption de tubercules, un semis de kystes hydatiques éveillent plus de réactions mentales qu'un seul foyer néoplasique. Lorsque des tumeurs multiples intéressent les circonvolutions, elles équivalent à une vaste lésion diffuse de la corticalité et déterminent un syndrome à évolution démentielle, parfois difficile à distinguer de la paralysie générale. Serieux a publié une intéressante observation de cet ordre. Une de nos observations (obs. XII) est sous ce rapport assez comparable à celle de Sérieux.

Enfin, une tumeur à développement très lent, à tendances stationnaires ou régressives, provoque beaucoup moins de troubles psychiques qu'un néoplasme prolifératif à évolution subaiguë et à croissance rapide. Les tumeurs neuro-épithéliales, en raison de leur origine congénitale, de la lenteur fréquente de leur développement, ont une action pathogène beaucoup moins

directement nocive que les autres néoplasies, mais elles s'accompagnent souvent de *malformations cérébrales* qui jouent un rôle dans les troubles psychiques précoces qu'elles déterminent. Leur *évolution* est, le plus souvent, *lente et chronique.*

Les tumeurs conjonctivo-vasculaires, remarquables par la rapidité de leur accroissement et de leur extension *intoxiquent la masse encéphalique* par les produits de leur nutrition déversés dans la circulation cérébrale. Leur *évolution subaiguë* et les troubles mentaux qu'elles provoquent s'aggravent sur un mode rapide et progressif.

Les tumeurs inflammatoires irritent et détruisent rapidement le parenchyme cérébral par les toxines qu'elles sécrètent et le travail de *réaction défensive* qu'elles provoquent autour d'elles. Les réactions psychopathiques qu'elles éveillent sont souvent soudaines et affectent une *évolution relativement aiguë.*

V

PATHOGÉNIE

Nous avons vu que les troubles mentaux occupent une place prépondérante dans la forme psychoparalytique des tumeurs cérébrales. A quoi sont-ils dus ?

Depuis qu'on a étudié cette question des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales, de nombreuses hypothèses ont été données pour expliquer ces troubles. Certains auteurs en ont fait des symptômes de localisation, soit au niveau du corps calleux, soit surtout au niveau des lobes frontaux : d'autres les rangent parmi les symptômes diffus dus à la compression intracranienne ; d'autres enfin disent qu'ils marquent l'intoxication des cellules cérébrales par des toxines élaborées par les néoplasmes.

Nous allons examiner successivement chacune de ces hypothèses en nous aidant des publications antérieures faites sur ce sujet.

Ce qui d'abord a frappé particulièrement les auteurs c'est que les troubles mentaux se rencontrent surtout dans les tumeurs du lobe frontal. C'est ainsi que, dès 1888, Léonore Welt (82) faisait une thèse sur les changements de caractère dans les lésions du lobe frontal, La même année, Jastrowitz (41) insistait sur

la « moria », le tour d'esprit jovial et humoristique tout spécial qu'on rencontrerait chez les malades atteints de lésions du lobe frontal. En 1895, Obici (59) rapportant un cas de gliome du lobe frontal gauche admettait que les lobes frontaux altéraient spécialement l'intelligence et le caractère.

Byron Bramwell (13) s'est occupé à plusieurs reprises de cette question. Sur onze cas de tumeurs du lobe frontal qu'il a observés, sept fois il trouve des symptômes mentaux très marqués.

En France, le professeur Raymond (65), dans ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, a insisté sur les troubles mentaux particuliers observés dans les tumeurs. « On a prétendu, dit-il, que les désordres mentaux par lesquels se traduisent les tumeurs du lobe frontal revêtent un cachet particulier, qu'ils impliquent des changements de caractère qui relèvent souvent de la perversion morale, de cet état que les auteurs anglais ont caractérisé sous le nom de « moral insanity ». Voilà une notion dont il y aura lieu de tenir compte dans un cas de tumeur du lobe frontal. »

Brissaud (15) et Grasset (35) se rangent aussi à l'avis du professeur Raymond. De nombreuses publications semblent venir à l'appui des assertions de ces auteurs, telles celles de Lannois (45), de Burzio (17), Höniger (38), Zacher (84), etc.

La plupart des observations de tumeurs à forme psychoparalytique que nous signalons, se rapportent aussi à des tumeurs des lobes frontaux et de la zone rolandique (obs. I, II, IV, V, VI, VII, IX, X.

Mais à côté de ces observations très démonstratives,

semble-t-il, il en est d'autres moins concluantes. Puisque ce sont les tumeurs des lobes frontaux qui donnent des troubles mentaux, il faudrait que, toutes les fois que les lobes frontaux sont lésés, on trouve surtout comme symptomatologie des troubles mentaux ; or, il est de nombreux cas où les lésions frontales ne se sont traduites par aucun symptôme psychique. Sciamanna (69), par exemple, rapporte quatre observations où des lésions des lobes frontaux n'ont donné lieu à aucun trouble psychique.

Vigouroux et G. Collet (81), en 1905, publient aussi un cas de sarcome hémorragique du lobe frontal n'ayant donné lieu à aucun signe clinique et qui, cependant, avait détruit la substance blanche et une partie de la substance grise. Les cas du même genre sont si nombreux qu'ils ont donné naissance à la théorie du lobe frontal *zone silencieuse*.

L'expérimentation qui, au premier abord, semblerait devoir nous donner une réponse précise et mettre l'accord entre les opinions diverses, ne peut être d'aucun secours. En effet, les deux auteurs qui se sont occupés le plus de cette question, Hitzig et Munk (58) arrivent à des conclusions diamétralement opposées : le premier, admettant que le lobe frontal est probablement le siège de la pensée abstraite, tandis que Munk conclut de ses recherches que l'intelligence a son siège partout dans l'écorce cérébrale et nulle part en particulier. Et si Bianchi (11), par l'extirpation des lobes frontaux chez le singe, semble avoir obtenu quelques résultats assez précis, il restera toujours téméraire d'oser conclure de l'animal à l'homme.

D'autre part, les troubles psychiques ne sont pas particuliers aux tumeurs du lobe frontal ; toutes les tumeurs cérébrales, quel qu'en soit le siège, peuvent donner lieu à des phénomènes mentaux des plus variés; et sous ce rapport il n'est rien de plus démonstratif que le travail de Schuster portant sur soixante-dix-sept cas de tumeurs cérébrales s'accompagnant de troubles psychiques. Dans un tableau synthétique, l'auteur résume les résultats obtenus.

Les tumeurs du corps calleux donnent dans 100 pour 100 des cas des troubles psychiques, celles du lobe frontal dans 70 pour 100, celles du lobe temporal dans 60 pour 100, celles de l'hypophyse dans 65 pour 100, celles du lobe occipital dans 60 pour 100, les tumeurs multiples dans 59 pour 100, celles de la glande pinéale dans 63 pour 100, celles du lobe pariéta dans 52 pour 100, celles du cervelet dans 35 pour 100, celles des pédoncules dans 25 pour 100. Les tumeurs du lobe frontal donnent donc surtout des troubles mentaux. Mais on ne doit pas considérer ces troubles mentaux comme caractéristiques d'une tumeur siégeant au niveau du lobe frontal, il faut que de véritables symptômes de localisation (siège précis de la céphalée par exemple, constatation de paralysies ou d'aphasie motrice viennent préciser le siège de la tumeur.

Aussi de nombreux auteurs, Babinski, P. Marie et Guillain en particulier, ont-ils considéré les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales non plus comme des symptômes de localisation, mais comme des symptômes diffus, analogues en cela à la céphalée et au vertige qui les accompagnent souvent et qui seraient

dus à la compression cérébrale. Cette compression pourrait avoir pour cause soit l'excès de volume de la tumeur, soit l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

La compression par l'excès de volume de la tumeur n'est guère admissible, car certaines tumeurs peu volumineuses peuvent donner lieu à des phénomènes psychiques alors que des tumeurs très volumineuses peuvent par contre ne s'accompagner d'aucun trouble mental.

La compression par le liquide céphalo-rachidien s'explique davantage. De nombreux chirurgiens ont pu constater que souvent par simple trépanation et quelquefois par la seule ponction lombaire on voyait la plupart des symptômes diffus des tumeurs cérébrales et en particulier les troubles mentaux diminuer ou même disparaître, du moins momentanément, la trépanation ou la ponction ayant eu pour résultat de laisser écouler une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien et de diminuer ainsi la tension intracranienne de ce liquide. C'est ainsi que dans l'encéphalite urémique comparable absolument au point de vue symptomatologique à l'encéphalite néoplasique divers auteurs allemands, Seegelker (72), Welke (83) ont vu les symptômes remarquablement amendés. Les améliorations obtenues en France par Devic et Courmont (24), Jaboulay (40) (cas d'une petite fille présentant des impulsions, guérie par simple trépanation) s'expliqueraient de la même manière.

Mais nombreux sont aussi les cas où l'intervention chirurgicale est restée sans succès (Quincke, Furbinger, Lichtheim, Stadelmann, Chantemesse, etc.) Ainsi

donc, si la compression peut expliquer dans certains cas la production des troubles mentaux au même titre que la céphalée et les vertiges, il est des cas, en revanche, où il faut trouver une autre cause.

On a alors pensé à *une intoxication des cellules cérébrales par des toxines* élaborées par le néoplasme. Cette hypothèse a été émise pour la première fois par Marie à propos d'une observation de Serieux et Mignot. Il s'agissait de kystes hydatiques multiples disséminés de l'écorce ayant entraîné des accidents aphasiques, sensoriels, hallucinatoires, épileptiques et délirants. Pour expliquer les symptômes diffus, Marie avait fait intervenir l'action toxique exercée sur le cerveau par les produits issus des kystes. L'histoire clinique de ces kystes cadre fort bien, en effet, avec la pathogénie toxique des accidents, ceux-ci étant déterminés par des phénomènes irréguliers intermittents, précoces ou même infiniment retardés de filtration exosmotique des toxines, variables dans leurs doses et leur toxicité.

Cette action toxique des kystes hydatiques, en se basant sur la théorie toxique de la cachexie cancéreuse du professeur Bard, peut être généralisée aussi à toutes les autres masses néoplasiques, cancéreuses ou inflammatoires. Pour Bard, dans toute tumeur cancéreuse il y a empoisonnement de l'économie par les produits excrémentitiels des cellules néoplasiques.

En nous basant sur cette théorie, il n'est donc pas étonnant qu'une tumeur placée en plein encéphale produise par le même processus l'empoisonnement de celui-ci et par suite donne lieu aux différents symptômes dont nous avons parlé.

Dupré et Devaux (28) ont repris la question. Ils ont montré l'analogie des tableaux cliniques des encéphalopathies toxiques et des encéphalopathies néoplasiques. Nous avons vu au chapitre diagnostic que cette analogie était si grande qu'elle avait quelquefois donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Ils ont aussi examiné au microscope les lésions cérébrales particulières aux tumeurs encéphaliques. Dans le cas étudié par eux, il s'agissait d'une tumeur du volume d'une orange ayant creusé une profonde loge dans la partie inférieure et postérieure du lobe frontal et dans le lobe sphénoïdal. Les circonvolutions voisines étaient refoulées, amincies, mais non envahies. Les cellules pyramidales de la substance grise des circonvolutions, soit au voisinage de la tumeur, soit à distance, présentaient très nettement les lésions de dégénérescence qu'on rencontre dans toutes les intoxications des centres nerveux : gonflement, forme globuleuse, chromatolyse, migration périphérique du noyau, atrophie des prolongements, etc. Sur certains points elles étaient détruites par une neurophagie très intense des leucocytes et peut-être des cellules de la névroglie. Les lésions cellulaires seraient très différentes de celles de la compression cérébrale qui, d'après Neumayer, amèneraient un ratatinement, plus tard une atrophie extrême des corps cellulaires.

Partant de ce point de vue, similitude des lésions anatomiques, analogie des symptômes dans les intoxications et dans les néoplasmes, ces auteurs concluent que l'intoxication doit prendre une grande place dans la pathogénie des symptômes des tumeurs cérébrales

et en particulier des troubles psychiques si souvent observés. Cette pathogénie des troubles psychiques a été étendue et reprise par de nombreux auteurs depuis. Lannois et Porot l'ont bien exposée à propos de leur cas. Dans sa thèse, Chancellay (19) attribue les psychoses polynévritiques à l'intoxication et constate des lésions cellulaires analogues à celles que Dupré et Devaux avaient signalées. Le Gras (48), dans sa thèse sur la *forme mentale de la méningite tuberculeuse*, attribue lui aussi les troubles mentaux observés dans ce cas à des intoxications cellulaires et constate la chromatolyse et la dégénérescence des cellules envahies par cette intoxication.

Klippel (43) ajoute que « il y a même parfois plus qu'auto-intoxication par les produits de la tumeur; il peut y avoir infection cérébrale secondaire, aiguë, développée autour de la tumeur et déterminant là un maximum de lésions inflammatoires ». C'est à ces lésions secondaires d'encéphalites périnéoplasiques qu'il convient de rapporter la soudaine explosion, au cours de l'évolution lente d'une tumeur cérébrale souvent latente, d'accidents fébriles convulsifs ou délirants et comateux souvent mortels.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie des paralysies : ce sont là des phénomènes de localisation qui indiquent une lésion siégeant au niveau de la zone motrice.

CONCLUSIONS

I. Parmi les nombreuses formes cliniques des tumeurs cérébrales, il y a lieu de faire une place à part à la forme *psychoparalytique*.

II. Celle-ci est constituée par l'association prédominante de troubles psychiques et de troubles paralytiques laissant plus ou moins à l'arrière-plan les autres symptômes classiques des tumeurs cérébrales.

III. Les troubles psychiques sont très divers. On trouve soit un état de torpeur et d'obnubilation *(forme dépressive)*, soit un aspect de béatitude et de jovialité, de puérilisme mental *(moria, forme joviale)*, soit, plus rarement, des phénomènes passagers d'excitation cérébrale, de l'*automatisme ambulatoire* surtout.

Le plus souvent précoces, ces troubles mentaux peuvent cependant se rencontrer à une période avancée de la maladie.

IV. Les troubles paralytiques affectent le plus souvent la forme hémiplégique, parfois paraplégique et peuvent servir à la localisation de la tumeur, alors

qu'au contraire les troubles psychiques n'ont qu'une valeur localisatrice médiocre.

V. La forme psycho-paralytique des tumeurs est parfois difficile à différencier, au moins au début ,des autres psychopathies organiques ou toxiques (paralysie générale, ramollissement cérébral, syphilis, tuberculose, alcoolisme, urémie, etc.).

VI. Au point de vue pathogénique, les troubles psychiques ont été rapportés à diverses causes : localisation dans le lobe frontal ; compression intracranienne et hypertension du liquide céphalo-rachidien ; intoxication de la corticalité cérébrale par les produits de sécrétion de la tumeur. C'est à cette dernière qu'on a actuellement tendance à les rapporter.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LÉPINE.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 décembre 1906.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Nota. — *Les noms en italique indiquent les auteurs dont les publications se rattachent principalement à notre sujet.*

1. Auerbach, Contribution au diagnostic des tumeurs du cerveau frontal (Deutsch. Zeitsch. f. Nervenh., t. XXII, 1902).
2. *Auvray*, Les tumeurs cérébrales (thèse, Paris, 1896).
3. Babinski, Société de neurologie, avril 1901.
4. Baillarger, Paralysie générale. Tumeur fibreuse de la dure-mère.
   — Paralysie générale. Cysticerque de l'hémisphère droit du cerveau (Annales médico-psychologiques, 1879-1881).
5. Ball et Krishaber, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article Cerveau, p. 470.
6. *G. Ballet*, Aperçu historique et Evolution de la pathologie mentale (Traité de pathologie mentale, 1903).
7. G. Ballet et Delisle, Trois cas de néoplasie cérébrale (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, mai-juin 1902).
8. Bayerthal, München. med. Woch., 1899, n° 46.
   — Contribution au diagnostic des tumeurs du thalamus et du lobe frontal (Neurol. Centralbl., nos 12 et 13, juin-juillet 1903).
9. Beevor and Ballance, Brit. med. Journ., 1895.
10. Bernhardt, Beiträge z. Sympt. u. Diag. der Hirnschwülsten (Berl. klin. Woch., 1872, p. 485).
11. Bianchi, Congrès international de Rome, 1894.
12. Bouveret, Sur le ramollissement qui entoure les tumeurs cérébrales (Lyon médical, 1896).
13. Bramwell, Brain, 1899.

14. *Brault et Lœper*, Trois cas de tumeurs cérébrales à forme psychoparalytique (Archives générales de médecine, mars 1900).
15. *Brissaud*, Tumeurs cérébrales (Traité de médecine, t. VI, p. 235).
16. *Bruns*, Die Geschwülste des Nervensystem, 1897.
— Neurologisches Centralblatt, septembre 1898.
17. Burzio, Contribution à l'étude des fonctions des lobes frontaux (Centrali di frenatria e scienze affini, 1900-1901).
18. *Cestan et Lejonne*, Tumeur du lobe frontal (Revue neurol., 15 septembre 1901).
19. Chancellay, Contribution à l'étude de la psychose polynévritique (thèse, Paris, 1901).
20. Charcot et Pitres, Revue mensuelle de médecine, 1878, p. 810.
21. Ch. Coombs Knapp, Symptômes mentaux des tumeurs cérébrales (Brain, part. CXIII, p. 35-36, avril 1906).
22. *Cornu*, Tumeur cérébrale à forme psychoparalytique (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, mars-avril, 1904).
23. Devaux, Thèse, Paris, 1901.
24. *Devic et Courmont (P.)*, Sur un cas de gliome cérébral (Revue de médecine, 1897).
25. Devic et Paviot, Tumeur du corps calleux (Revue de médecine, 1897).
26. *Devic et Gauthier*, Tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique (Archives générales de médecine, 1900).
27. Dide (Maurice), Bulletins de la Société anatomique, 1898, p. 217.
27 *bis*. *Dupré*, Article Tumeurs encéphaliques (Traité de pathologie mentale de Ballet G., pages 1165 et suiv.)
28. *Dupré et Devaux*, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1901, n°s 3 et 4.
29. Dupré et Heitz, Double abcès centrovalaire du lobe frontal droit (Revue neurol., 1902).
30. Duret, Congrès de chirurgie, 1903.
— Les tumeurs cérébrales, 1904.
31. Esquirol, Traité des maladies mentales, 1838.
32. Francisco Franceschi, Le sommeil pathologique dans les tumeurs cérébrales (Rivista de patologia nervosa e mentale, octobre 1904).

33. GIANELLI, Gli effeti diretti ed indiretti dei neoplasi encephalici sulle funzioni mentali, Policlinico, 1897.
34. GOWERS, Traité des maladies nerveuses, t. II.
35. GRASSET, Montpellier médical, mai 1879.
36. HALLOPEAU, Article ENCÉPHALE (Dictionnaire Jaccoud).
36 *bis*. HERCOUET (Jean), Le sommeil dans les tumeurs cérébrales (thèse, Paris, 1905).
37. HEYFELDER, Med. Annal., Bd V, 119.
38. HÖNIGER, Zur Diagnose der Geschwülsten des Stirnhirns (Münch. med. Woch., 1901).
39. IMMERMANN, Berl. klin. Woch., 1865, p. 177.
40. JABOULAY, Archives provinciales de chirurgie, 1893.
41. *Jastrowitz*, Beitr. zur Lehre von der Lokalisat., etc. (Sitzungsber des Vereins für innere Medizin, Berlin, 1888, et Deutsche med. Woch., 1888, nos 5-8).
42. *Joffroy et Gombault*, Congrès international de médecine, 1900.
43. *Klippel*, Tumeurs cérébrales (Tr. méd. Brouardel et Gilbert, t. VIII).
— Les accidents nerveux du cancer (Archives générales de médecine, 1899).
44. LABBÉ, Deux cas de gliome cérébral (Bulletin de la Société anatomique, octobre 1896).
45. *Lannois*, Tumeur du lobe frontal (Lyon médical, 1899, p. 515).
46. *Lannois et Porot*, Un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique (Lyon médical, octobre 1902).
47. LEGENDRE, Société médicale des hôpitaux, mai 1901.
48. *Le Gras*, Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse (thèse, Paris, 1906).
49. *Lepinay*, Etude du lobe frontal en dehors de la zone motrice (thèse, Paris, 1901).
50. *Lépine (R.)*, Singuliers troubles psychiques dans un cas de tumeur des lobes frontaux (Revue de médecine, 1895, p. 512).
51. *Levassort*, Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales (thèse, Paris, 1903).
52. LWOFF, Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau (thèse, Paris, 1890).
53. LUGARO, Sindrome uremica simulante un tumore di lobo frontale sinistro (Rivist. di patol. nerv. e mentale, mars 1900).
53 *bis*. MACÉ, Tumeur cérébrale de l'hémisphère gauche avec

accidents hémiplégiques (Bulletin de la Société anatomique, 1894).

54. MARINESCO, Comptes rendus de la Société de biologie, 1895.
— La question des lobes frontaux (Société des sciences médicales de Bucarest, 1902).

55. MARI et GUILLAIN, Société médicale des hôpitaux, mai 1906.

56. *Mayet et Patel*, Gliome du lobe frontal gauche (Archives générales de médecine, 1900).

57. *Mouisset et Beutter*, Tumeur cérébrale à forme psychique (Lyon médical, mai 1906).

57 *bis*. MULLER, Deutsch. Zeitschrift für Nervenh., 1903.

58. MUNK, Uber die Fonktionen des Grosshirnrindes, Berlin, 1900.

59. OBICI, Il Policlinico, 1895, vol. II.

60. OMIECINSKI, Contribution à l'étude des tumeurs du lobe préfrontal (thèse, Paris, 1904).

61. OPPENHEIM, Charite's Annalen, t. X.
— Zur Path. der Grosshirngeschwülsten (Arch. f. Psych., 1890, t. XXI et XXII).

62. PEL, Tumeur cérébrale volumineuse, avec examen ophtalmologique négatif (Gazette des hôpitaux, 1895).

63. *Peitavy*, Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales (thèse, Paris, 1893).

64. *Pezet*, Contribution à l'étude de l'état mental dans les tumeurs cérébrales (thèse, Bordeaux, 1903).

65. *Raymond*, Archives de neurologie, 1893, t. II, p. 213.
— Clinique des maladies du système nerveux, t. III, p. 249.

66. RONCOLI, Congrès de chirurgie, 1897.

67. RONCORINI, Academia di medicina, Torino, 1893.

68. *Saqui*, De quelques lésions secondaires aux tumeurs cérébrales (thèse, Paris, 1899).

69. SCIAMANNA, Sur quelques tumeurs cérébrales (Annali dell Instituto psichiatrico della R. Universita di Roma, 1901-1902).

70. *Schuster*, Psychische Stœrungen bei Heintumoren, Stuttgard, 1902.

71. SEAVIC, Revue de neurolcgie, 1893, p. 45.

72. SEEGELKER, Münch. med. Woch., 1896.

73. *Sérieux et Mignot*, Société de neurologie, 1901.

74. STARR, Chirurgie de l'encéphale, traduction Chipault, 1895.

75. *Taylor*, Tumeur cérébrale à forme neurasthénique, délirante et démente (Boston med. Journal, 1899).

76. THEOARI, Gliome cérébral (Bulletin de la Société anatomique, novembre 1896).
77. *Touche,* Tumeur cérébrale (Bulletin de la Société anatomique, octobre 1899).
78. *Vermorel et Marie,* Bulletin de la Société anatomique, février 1896.
79. VON BRAUMANN, Extirpation d'une volumineuse tumeur du cerveau (Bulletin de la Société anatomique, 1894).
80. *Vigouroux,* Revue de psychiatrie, février 1903.
81. VIGOUROUX et COLLET, Sarcome hémorragique du lobe frontal (Bulletin de la Société anatomique, 1905).
82. *Welt (Léonora),* Thèse, Paris, 1888.
83. WŒLKE, Deutsche med. Woch., 1897.
84. ZACHER, Neurologisches Centralblatt, 1901.

TABLE DES MATIÈRES

Lyon. — Imp. A. REY, 4, rue Gentil. — 44166